Fernando Ferreira Carneiro
Vanira Matos Pessoa
Ana Cláudia de Araújo Teixeira
ORGANIZADORES

CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS

práticas e saberes em saúde

Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde é um livro que reúne vivências, experiências, reflexões e conhecimentos gestados num processo dialético, que tanto aproxima quanto afasta o mundo da vida, num balançar de rede, por meio de um observatório em saúde, o qual se articulou por uma teia de saberes e práticas (Obteia).

O Obteia buscou realizar as pesquisas territoriais tendo como pilar a consciência ética e política da necessidade da (re)invenção do modo de praticar ciência para abordar os problemas de saúde e o modo de viver no campo, na floresta e nas águas. Como diz o poema *Caminante no hay camino* de Antonio Machado:

Caminante, son tus huellas el camino y nada más;
Caminante, no hay camino, se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino, y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca se ha de volver a pisar.
Caminante no hay camino sino estelas en la mar.

Assim, um movimento solidário foi se constituindo com intensos diálogos de cooperação e de aprendizado alicerçado nos territórios dos camponeses, dos quilombolas, dos ribeirinhos, dos pescadores, dos sertanejos, entre outras populações rurais.

Os textos apresentam um conhecimento produzido na articulação e na interação entre os sujeitos envolvidos nessa teia, com vistas a uma ecologia de saberes. Os movimentos sociais do campo, da floresta e das águas, os gestores do SUS e os pesquisadores de diversas instituições de ensino e pesquisa buscaram veredas para adentrarem ao novo reafirmando as tradições, os modos de viver nos sertões, nos mangues, nas ilhas, nas chapadas... mas também denunciando as injustiças sociais, as desigualdades, as inequidades em saúde, os conflitos territoriais, a ausência de políticas públicas, por meio de suas lutas e conquistas.

Os autores trilharam caminhos solidários para lidarem com as comunidades em contexto de vulnerabilidade socioambiental e incorporar,

CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS

Práticas e saberes em saúde

CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS

Práticas e saberes em saúde

ORG.

Fernando Ferreira Carneiro
Vanira Matos Pessoa
Ana Cláudia de Araújo Teixeira

Editora UnB
Brasília, 2017

Equipe de conteúdo

68 autores/as — lista na página 450
18 revisores/as acadêmicos — lista na página 459
13 revisores/as populares — lista na página 460

Equipe editorial

Coordenador de produção editorial — Percio Sávio Romualdo da Silva
Preparação de original e revisão final — Isabelle Kellen Silva Monteiro e Roberta Gomes Ferreira (Hiperativa Comunicação Integrada)
Diagramação — Elizângela Araújo (Hiperativa Comunicação Integrada)
Projeto gráfico e capa — Bernardo Vaz
Ilustração da Capa — Anderson Augusto
Fotos de abertura — João Roberto Ripper e Valda Nogueira

Direitos exclusivos para esta edição:
Editora Universidade de Brasília
SCS, quadra 2, bloco C, nº 78, edifício OK,
2º andar, CEP 70302-907, Brasília, DF
Telefone: (61) 3035-4200
Site: www.editora.unb.br
E-mail: contatoeditora@unb.br

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília

C198 Campo, floresta e águas : práticas e saberes em saúde / org., Fernando Ferreira Carneiro, Vanira Matos Pessoa, Ana Cláudia de Araújo Teixeira. – Brasília : Editora Universidade de Brasília, 2017.
464 p. ; 23 cm.

ISBN 978-85-230-1204-5

1. Populações rurais - Saúde. 2. Políticas de saúde – Avaliação. 3. Pesquisa participativa. 4. Desenvolvimento local sustentável. I. Carneiro, Fernando Ferreira. II. Pessoa, Vanira Matos. III. Teixeira, Ana Cláudia de Araújo.

CDU 614:338.1(81)

Impresso no Brasil

"QUE A IMPORTÂNCIA DE UMA
COISA NÃO SE MEDE COM FITA
MÉTRICA NEM COM BALANÇAS
NEM BARÔMETROS ETC. QUE
A IMPORTÂNCIA DE UMA
COISA HÁ QUE SER MEDIDA
PELO ENCANTAMENTO QUE A
COISA PRODUZA EM NÓS".
- MANOEL DE BARROS -

ÀS POPULAÇÕES DO CAMPO,
DA FLORESTA E DAS
ÁGUAS, QUE NOS INSPIRAM
EM SUAS LUTAS E
CONQUISTAS PELA SAÚDE
COMO DIREITO À VIDA.

AGRADECEMOS às mulheres e aos homens que teceram conosco este manuscrito, possibilitando uma sistematização complexa, singular e plural dos saberes e das práticas sobre a saúde das populações do campo, da floresta e das águas. Aos movimentos sociais e às comunidades do campo, da floresta e das águas, expressamos a nossa gratidão pela participação, cooperação, dedicação, debates e diálogos de saberes, que são traduzidos, na forma de palavra escrita, pelos registros das suas experiências de luta por direito à saúde e à justiça social. Aos pesquisadores engajados que cotidianamente tecem uma ciência emancipatória, pelo envolvimento, colaboração e compromisso, que fortaleceram a Teia de Saberes e as Práticas, tornando-a realidade em diversas comunidades pelo Brasil afora. Aos revisores acadêmicos e populares pelo olhar cuidadoso que ajudou os autores a lapidarem os capítulos em sua forma e conteúdo. Às instituições públicas de saúde e de educação que apoiaram o esforço dos sujeitos envolvidos nesse processo, possibilitando a abertura de novos caminhos e modos de fazer para as políticas públicas de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas. Ao Ministério da Saúde pelo apoio financeiro, ao Obteia e à Editora UnB por viabilizarem a publicação deste livro. Agradecemos a oportunidade de nos reunirmos e de compormos juntos o Observatório, que é um projeto no qual se empenha em visibilizar um Brasil, muitas vezes ocultado e negado, mas que está pulsante, criativo e que registra seus anseios, suas conquistas, suas lutas – do lugar de viver da população do campo, da floresta, das águas: espaço de resistência, de acessar políticas públicas, de cuidado e de esperança de um povo brasileiro que sobrevive à negação da história e que conta a sua luta pela saúde.

Alan Freihof Tygel, Aliadne Castorina Soares de Sousa, Aline do Monte

CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA,

Gurgel, Amanda Firme Carletto, Ângela Maria Bessa Linhares, Ana Cássia

COMISSÃO PASTORAL DA TERRA, CONSELHO NACIONAL DAS

Ferreira Firmo, Ana Cláudia de Araújo Teixeira, Ana Valéria Machado

POPULAÇÕES EXTRATIVISTAS, COORDENAÇÃO NACIONAL

Mendonça, André Luiz Dutra Fenner, Antonia Sheila Gomes Lima, Antônio

DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS, DEPARTAMENTO DE

da Silva Matos, Antonio George Lopes Paulino, Assis Farias Machado,

GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DO MINISTÉRIO

Barbara Lyrio Ursine, Bernardo Amaral Vaz, Carlos André Moura Arruda,

DA SAÚDE, FEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES RURAIS

Carmem Dolores Ferreira Gouveia, Carolina Pereira Lobato, Cheila Nataly

AGRICULTORES E AGRICULTORAS FAMILIARES DO

Galindo Bedor, Cleber Adriano Rodrigues Folgado, Clovis Vailant, Daniele

ESTADO DO CEARÁ, FEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES

Elias Santos, Dirceu Ditmar Klitzke, Edel Nazaré de Moraes Tenório,

E TRABALHADORAS RURAIS DO BRASIL, FUNDAÇÃO

Edmundo de Almeida Gallo, Eliete Paraguassu da Conceição, Elizete Borges

OSWALDO CRUZ, GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO - PORTO

dos Santos, Fátima Cristina Cunha Maia Silva, Fernando Ferreira Carneiro,

ALEGRE, INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA

Gisella Garritano de Deus, Gislei Siqueira Knierim, Gustavo Augusto Gomes

E TECNOLOGIA DO GOIÁS - CAMPUS DE RIO VERDE,

de Moura, Idiana Rita Luvison, Ilano Almeida Barreto e Silva, Isabela Maria

Lisboa Blumm, Izabela Almeida de Souza, Jorge Mesquita Huet Machado, José

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA E TECNOLOGIA

Carlos de Almeida, José Wilson Souza Gonçalves, Juarez Martins Rodrigues,

DO PARÁ, MOVIMENTO DAS MULHERES CAMPONESAS,

Judite da Rocha, Juliana Acosta Santorum, Kátia Maria Barreto Souto, Larissa

MOVIMENTO DOS ATINGIDOS POR BARRAGENS, MOVIMENTO

Aparecida Delfante, Lia Giraldo da Silva Augusto, Luiza Munda Rodrigues,

DOS PEQUENOS AGRICULTORES, MOVIMENTO DOS

Luiza Ferreira Rezende de Medeiros, Maria do Socorro de Souza, Maria dos

PESCADORES E PESCADORAS ARTESANAIS, MOVIMENTO

Anjos Nunes da Silva, Mariana Carvalho Carminati, Mariane Emanuelle da

DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA, SECRETARIA

Silva Lucena, Mauro Toledo Silva Rodrigues, Monaliza Melo Brandão Assis,

MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAUÁ - CEARÁ, UNIVERSIDADE

Mônica Cruz Kafer, Noelia da Silva Vieira, Noemi Margarida Krefta, Rackynelly

ESTADUAL DE MONTES CLAROS, UNIVERSIDADE FEDERAL DA

Alves Sarmento Soares, Raquel Maria Rigotto, Rejane Cleide Medeiros de

BAHIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, UNIVERSIDADE

Almeida, Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, Roberto Wagner Júnior Freire

FEDERAL DO TOCANTINS, UNIVERSIDADE FEDERAL DO

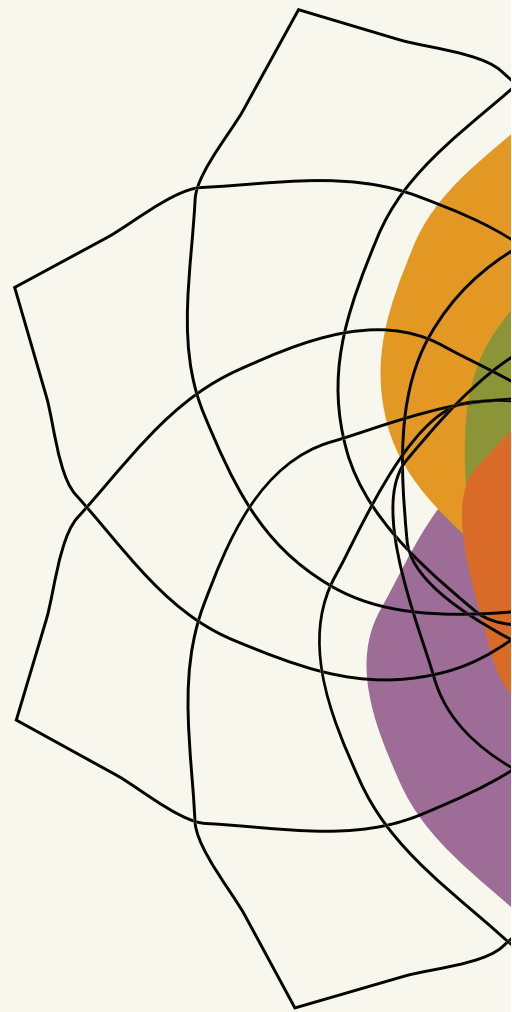
de Freitas, Ronei Marcos de Moraes, Rosana Kirsch, Samantha Rezende

VALE DO SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA /

Mendes, Thaís Mara Dias Gomes, Vanira Matos Pessoa, Vicente Eduardo

NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA, VIA CAMPESINA

Soares de Almeida, Vinícius Oliveira de Moura Pereira, Virgínia da Silva Corrêa

PANORÂMICA

1 Tecendo relações para a produção compartilhada de conhecimento

O processo de germinação, a estruturação e a implantação da PNSIPCFA e do Obteia. Na perspectiva da produção de uma ciência emancipatória, crítica e solidária.

2 Da invisibilidade ao desafio do direito à saúde

As análises das políticas e da situação de saúde com base em fontes secundárias e estudos bibliográficos. Contextualizando as lutas pelo direito à saúde, o papel do Estado na implementação de políticas públicas e os desafios para o SUS

3 A teia na luta pelo direito a vida nos territórios

As pesquisas e os processos territoriais percorrendo territórios nas cinco regiões do país, apresentando cenários numa perspectiva crítica por pesquisadores populares – moradores dos territórios – e por pesquisadores acadêmicos, em diálogo com os gestores do SUS.

4 Experiências e estudos conexos

Experiências e estudos temáticos de relevância não realizados no âmbito das pesquisas do Obteia, mas vinculados à temática do livro.

I

Tecendo relações para a produção compartilhada de conhecimento

2

Da invisibilidade à conquista do direito à saúde

3

A teia na luta pelo direito a vida nos territórios

4

Experiências e estudos conexos

PREFÁCIO

Boaventura de Sousa Santos
Centro de Estudos Sociais
Universidade de Coimbra

Abordar temas complexos é necessário e cada vez mais desafiante quando se pensa a trajetória do conhecimento científico, a qual resulta de um paradigma que promoveu ruptura entre o sujeito do conhecimento e o objeto. Esse processo acarretou uma diversidade de crises planetárias.

A saúde das populações do campo, da floresta e das águas coloca para nós o desafio de dialogar com realidades singulares, plurais, interculturais, que passam pela dimensão dos movimentos sociais, do ambiente, do trabalho, do modo de vida e do cuidado em saúde. A expressão do desafio atual requer uma nova forma de explicar a realidade, de conhecer, de analisar, de perceber o mundo em que vivemos.

Assim, a ecologia de saberes é uma epistemologia que busca os diálogos possíveis entre os diversos grupos sociais. Essa é uma maneira de os grupos sociais amplos representarem o mundo como seu, isto é, como um lugar que lhes pertence, e, portanto, sobre o qual eles têm possibilidade de mudar. O conceito de ecologia de saberes e o conjunto teórico em que se insere resultaram exatamente da necessidade de combinar e de articular conhecimentos diferentes, científicos e populares, com vistas a fortalecer as ações coletivas, em que todos estávamos de acordo ou nos quais existem grandes acordos, mas que há perspectivas diferentes ou conhecimentos distintos sobre os temas que nos congregam.

Este livro reúne diversos estudos referentes à saúde de grupos sociais vulnerabilizados, ou excluídos historicamente, como um exercício, uma práxis de ecologia de saberes, em que o Estado, a academia e os movimentos populares debatem suas necessidades sociais e de saúde, apontando, também, formas para superar inequidades e promover inovações na política de saúde.

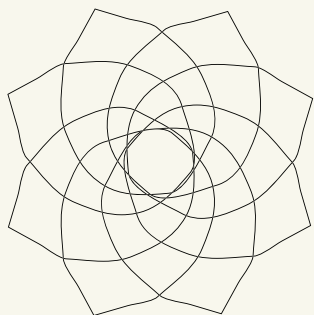
A ecologia de saberes reconhece fundamentalmente que os conhecimentos são todos incompletos, ou seja, uns são melhores que outros para certos objetivos, e outros suficientes para certos própositos. Dessa forma, se eu quero ir à lua, precisarei do conhecimento científico, ou ainda, se eu necessito conhecer a biodiversidade da Amazônia, terei de ter o conhecimento indígena ou das populações ribeirinhas. Portanto, para diferentes objetivos, eu careço de distintos conhecimentos.

Os conhecimentos, obviamente, não estão em pé de igualdade, nem são todos válidos igualmente. Pelo contrário, a ecologia de saberes obriga definir os objetivos para que a criemos e, portanto, faz parte de um conjunto epistemológico, isto é, de construção e de validação dos conhecimentos, aspectos cognitivos não bloqueados pelos políticos, porque isso é uma grande armadilha da epistemologia do mirante do norte, a qual coloca de um lado o conhecimento científico e os projetos científicos e de outro a política. Nós, ao contrário, enxergamos que é possível unir esses dois campos que são distintos, obviamente, mas que só vivem em articulação se criamos um outro mundo e melhor.

A autenticidade do conhecimento científico não decorre, muitas vezes, do que eu digo, mas sim de quem o disse ou onde é que foi ou é pronunciado, se é por meio de um professor doutor, se é na universidade, tudo isso imediatamente convoca uma ideia de superioridade que o conhecimento de "pé descalço" não alcança. Mas estamos avisados das armadilhas que essa autoridade tem, que não se assenta na eficácia para ação coletiva, mas sim num projeto político de dominação capitalista, colonial e patriarcal, servido por essa ciência.

Portanto, a ecologia de saberes é uma possibilidade de convivência que tem de ser construída entre diferentes saberes incompletos e com diversas perspectivas sobre cada um dos atores. Dessa forma, colocando em voga seus preconceitos, suas limitações e suas linguagens. Por isso, é preciso criar diálogos que permitam que essa ecologia possa emergir.

O fundamento epistemológico está nas teorias do conhecimento do Sul, num processo de construção e de validação do entendimento com base nas experiências daqueles que sofrem ou sofreram sistematicamente as injustiças, as opressões, as discriminações do capitalismo, do coronelismo e do patriarcalismo.

Este livro reúne um conjunto de sujeitos do Brasil abertos às novas perspectivas apresentadas pelo referencial da ecologia de saberes e apresenta uma gama de saberes e conhecimentos sobre as populações do campo, da floresta e das águas, as quais integram e demarcam o reconhecimento de um novo momento histórico, o qual visibiliza grupos sociais por meio de suas vozes, de seus gritos e de suas conquistas, como cidadãos de direito.

APRESENTAÇÃO

As políticas de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil, historicamente, estiveram relacionadas aos interesses econômicos, que, para potencializar a exploração dos recursos naturais, necessitavam de mão de obra sadia. Os maiores avanços dessas políticas, por sua vez, ocorreram nos períodos históricos em que os trabalhadores rurais estiveram mais organizados. Como resultado desse processo nos dias atuais, permanece a descontinuidade das ações, dos modelos que não se consolidaram, e uma fragmentação de iniciativas que contribuem para altos níveis de exclusão e de discriminação das populações do campo, da floresta e das águas pelos serviços de saúde.

As experiências e os processos de pesquisa apresentados neste livro sobre a saúde das populações do campo, da floresta e das águas, visa a: contribuir teórica e metodologicamente com o tema da saúde rural brasileira; ofertar aos profissionais da atenção básica à saúde, bem como aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos movimentos sociais, uma análise da situação da saúde, dos desafios e das possibilidades de implementação de ações que impactem positivamente na qualidade de vida dessas populações.

Esse processo foi organizado pelo Observatório de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas – Teia de Saberes e Práticas (Obteia), criado para monitorar e contribuir com a implementação e a avaliação da PNSIPCFA. A Política foi fruto de um processo de luta dos movimentos do campo, da floresta e das águas, na busca da realização de seu direito à saúde. Entretanto, o desafio para sua implantação no SUS ainda permanece.

Na criação e no desenvolvimento do Obteia foram identificados três grandes desafios. O primeiro foi o de dar visibilidade a essas populações, ainda pouco visíveis nas suas necessidades de saúde e de condições de vida pelas estatísticas oficiais e por meio das políticas públicas. O segundo, e igualmente desafiante, foi inventar uma nova forma de se estruturar um Observatório, em que o "observado" também "observa" e vice-versa. Sujeito e objeto se alternam numa perspectiva dialética de construção de análises que induzam à ação, seja do Estado seja dos próprios movimentos sociais. Para isso se efetivar plenamente, foi enfrentado um terceiro desafio, que se baseia no desenvolvimento e na articulação de métodos de produção do conhecimento coerentes com a proposta.

A Teia de Saberes e Práticas coordenada pela Universidade de Brasília/Núcleo de Estudos de Saúde Pública e Fundação Oswaldo Cruz envolve intelectuais engajadas/os; pesquisadoras/es populares dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas; gestoras/es e profissionais do SUS vinculados às seguintes instituições:

Universidades Federais da Paraíba, UFBa, UFT, UNIVASF; Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará e Goiás – campus de Rio Verde; Universidade Estadual de Montes Claros; Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde; Prefeitura Municipal de Tauá; e as Entidades e Movimentos Sociais: Atingidos por Barragens (MAB), Pequenos Agricultores (MPA), Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), Via Campesina, Pescadores e Pescadoras Artesanais (MPP), Mulheres Camponesas (MMC), Comissão Pastoral da Terra (CPT), Federação dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares do Estado do Ceará (Fetraece)/Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais (Contag); Federação dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais do Brasil (Fetraf), Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS); Coordenação Nacional das Comunidades Quilombolas (Conaq).

UM

Na primeira parte do livro, estão destacados o processo de germinação, a estruturação e a implantação da PNSIPCFA e do Obteia, na visão do seu grupo executivo e do MMC. Também são apresentadas as reflexões teóricas e metodológicas para a produção de uma ciência emancipatória, crítica e que privilegia o compartilhamento dos diversos tipos de conhecimentos e de saberes, que balizou a proposta de pesquisa realizada de avaliação da política. Essa parte finaliza buscando contribuir para novos paradigmas a fim de se praticar a avaliação das políticas públicas.

DOIS

Na segunda parte, serão apresentadas as análises das políticas e da situação de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, com base em fontes secundárias e estudos bibliográficos. Essas análises contextualizam as lutas dos movimentos sociais com vistas a garantir o direito à saúde, o papel do Estado na implementação de políticas públicas e os desafios para o SUS na efetivação do cuidado em saúde das populações rurais/camponesas.

Os autores discutem aspectos relacionados à determinação social da saúde das populações rurais, tais como: acesso à saúde e a implantação de programas e políticas que promovem a saúde; a violência contra a mulher camponesa; e a insuficiência dos sistemas de informação em saúde em registrar dados para a tomada de decisão e o cuidado em saúde para essas populações. Nessa parte do livro, apresenta-se um panorama nacional da situação de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, com base em evidências construídas com um esforço de consulta a registros insuficientes e precários, os quais precisam ser aperfeiçoados na perspectiva dos autores.

TRÊS

Na parte 3, são apresentados as pesquisas e os processos territoriais constituídos pela Teia de Saberes e Práticas do Obteia. Ao contrário da parte 2, ficam explícitas as percepções locais, os desafios territoriais, a pluralidade e a diversidade de contextos e de sujeitos. Apesar de trazer as realidades locais, apresenta uma vasta experiência de vivências territoriais, percorrendo a Região Nordeste – submédio do Vale do São Francisco, que compreende os municípios de

Petrolina (PE) e Juazeiro (BA); a Ilha de Maré, no município de Salvador (BA), e o município de Tauá (CE)–; a Região Norte, nos municípios de Babaçulândia e Filadélfia (TO), situados no Bico do Papagaio, e o Arquipélago do Marajó, no município de Melgaço (PA); a Região Centro-Oeste, no município de Rio Verde (GO); a Região Sudeste, no município de Grão Mogol, no Norte de Minas Gerais (MG), e o Quilombo do Campinho no município de Paraty (RJ); e a Região Sul, no município de Nova Santa Rita (RS).

Estes cenários são apresentados numa perspectiva crítica por pesquisadores populares – moradores dos territórios – e por pesquisadores acadêmicos, em diálogo com os gestores do SUS. A voz que ecoa desses locais, em diversos biomas do Brasil, mostra as contradições das políticas públicas, os impactos do modelo de desenvolvimento, as inequidades, as desigualdades sociais, os conflitos territoriais, as questões socioambientais, as potencialidades, a identidade e os modos de vida das populações do campo, da floresta e das águas.

Esta parte caracteriza-se pela heterogeneidade (dos sujeitos, dos contextos, dos biomas, dos problemas de saúde, dos processos de pesquisa, das metodologias, dos registros escritos, entre outros), que é colocada como essencial na constituição de pesquisas participativas e emancipatórias em saúde no campo, na floresta e nas águas.

A voz dos territórios é simples e ressoa o clamor de populações vulnerabilizadas que gritam por direitos, por justiça social e por preservação de certo modo de viver em um lugar de pertencimento, ou seja, um território que seja a eles permitido viver, com um trabalho que faz sentido, numa relação com a natureza, a qual é singular.

Essa parte enfatiza como a PNSIPCFA está implementada nos territórios em interação com as demais políticas do SUS, a exemplo da Política de Atenção Básica. Os autores registraram o exercício, da Teia de Saberes e Práticas, de fazer ciência com consciência, tendo como premissas a: produção compartilhada de conhecimentos; a participação, a interação, a afetividade, os saberes e as práticas; as trocas acadêmico-popular; e o diálogo de saberes. Esse modo de fazer ciência e de gestar novos saberes e práticas de saúde visa também trazer contribuições à maneira de fazer pesquisa na saúde coletiva, visibilizar as populações do campo, da floresta e das águas do Brasil e explicitar a insuficiência e a ausência de políticas públicas voltadas para esses sujeitos, em especial à política de saúde.

Na parte 4, apresentaremos experiências e estudos temáticos de relevância não realizados no âmbito das pesquisas do Obteia, mas vinculados à temática do livro: (1) agronegócio e o uso intensivo de agrotóxicos com base em uma análise de dados secundários por área e cultura relacionando com os agravos à saúde registrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação, além de reflexão sobre os desafios para as políticas públicas; (2) a experiência do MAB em sua organização e luta relacionadas às consequências dos empreendimentos hidrelétricos para a saúde das populações atingidas; (3) o conflito ambiental relacionado ao hidronegócio marcado pelas vivências e os significados construídos pelos catadores de caranguejo, acerca do trabalho no mangue e do emprego na carcinicultura, e a afirmação de sua identidade tradicional de "povos do mangue"; e (4) os relatos e as reflexões sobre o Projeto de Formação de Lideranças para a Gestão Participativa da PNSIPCFA, proposto a partir das agendas políticas e reivindicatórias dos movimentos sociais, das diretrizes e do plano operativo desta política de equidade.

QUATRO

Desejamos que os leitores possam se encantar com o modo de viver dessas populações e que tenham a possibilidade de ler criticamente a situação de vulnerabilização vivenciada em seus cotidianos. Esperamos, ainda, que os manuscritos se traduzam em inspiração para novas lutas, novas conquistas, novos registros de experiências e implementação de ações para a garantia do direito à saúde no campo, na floresta e nas águas desse imenso Brasil.

Os organizadores

I

Tecendo relações para a produção compartilhada de conhecimento

CAPÍTULO 1

O processo histórico e a criação do Obteia

Fernando Ferreira Carneiro
Vanira Matos Pessoa
Carlos André Moura Arruda
Cleber Adriano Rodrigues Folgado
Rackynelly Alves Sarmento Soares
Antônio da Silva Matos
Alan Freihof Tygel
Rosana Kirsch
Bernardo Amaral Vaz

As políticas de saúde para o campo no Brasil sempre estiveram marcadamente associadas aos interesses econômicos ligados à garantia de mão de obra sadia para a exploração dos recursos naturais, como foi no caso da exploração da borracha, ou para apaziguar os ânimos dos movimentos sociais do campo, como ocorreu com as Ligas Camponesas e a consequente criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) (FUNDAÇÃO, 1983).

Evidenciadas principalmente na década de 1950 e início de 1960, as ações e as campanhas de combate às endemias rurais mobilizaram recursos humanos, financeiros e estiveram associadas aos projetos e às ideologias do desenvolvimento. Entre os argumentos, estavam a recuperação da força de trabalho no campo, a modernização rural, a ocupação territorial e a incorporação de espaços saneados à lógica da produção capitalista (LIMA et al., 2005).

Embora a Constituição de 1934 determinasse o direito à previdência social a todos os trabalhadores brasileiros, a população rural só teve acesso à proteção social no início dos anos de 1970. Vários fatores poderiam explicar essa questão, desde a forma subalterna com que o setor rural participava da estratégia de desenvolvimento do país após 1930, até o fato de que essas populações ainda não tinham se constituído em grupos de pressão com capacidade de articulação política e vocalização suficientes para que o Estado populista-paternalista os visse como grupo social a ser integrado e cooptado por meio da expansão significativa da cobertura dos programas sociais (DELGADO; CARDOSO JR., 2002; VIANNA, 1998).

O cenário começou a mudar a partir de 1950 com a gradativa mobilização dos trabalhadores, os quais tinham, no eixo de suas reivindicações, a Reforma Agrária, seguida pela extensão das políticas trabalhistas e sociais. No início de 1960, um amplo movimento de sindicalização rural, com um crescente grau de organização, ficou evidenciado pelo papel das Ligas Camponesas. A igreja católica contribuiu para esse movimento, bem como o governo Goulart, que foi sensível à mobilização (DELGADO; CARDOSO JR., 2002).

Apesar de, à primeira vista, paradoxal, o regime militar brasileiro conservador e autoritário foi o responsável, de forma inédita, pela expansão na América Latina da cobertura previdenciária ao setor rural. Segundo Delgado e Cardoso Júnior (2002, p.191-193):

> [...] é lugar comum, entre os analistas, afirmar que o regime militar brasileiro temia perturbações sociais na área rural, sobretudo porque, nos anos 60 e 70, implementou-se uma política de modernização do setor rural, marcada pela mecanização e quimificação das técnicas de cultivo, expansão da grande propriedade e produção de *commodities* exportáveis, uma estratégia de desenvolvimento rural que implicou alto custo social para a pequena produção rural. Apresentou-se, aos estrategistas, a possibilidade, por meio de um programa social de cunho paternalista e centralmente administrado, aumentar a dependência individual em relação ao Estado e, além disso, cooptar organizações sociais tais como os sindicatos de trabalhadores e empregadores rurais, transformando-as em intermediários de serviços sociais e desarmando-as enquanto entidades socialmente representativas [...] cumprindo à perfeição o papel de instrumento de consecução da doutrina de segurança nacional do governo militar.

Nesse período, apesar da posição favorável à expansão de cobertura por parte dos tecnocratas, houve oposição ao projeto de expansão de cobertura por parte das seguradoras privadas e do instituto dos bancários, com base em preocupações de cunho fiscal (SCOREL, 1998).

Posteriormente, já no início da fase de abertura do Regime Militar, surgiu a possibilidade de implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), que almejava ser de impacto, visível para a população e representar um instrumento de legitimação do Regime. O programa foi

tecnocrático, na medida em que sua elaboração esteve restrita a um conjunto de procedimentos em que não houve discussão com a sociedade, mas incorporou uma série de propostas racionalizadoras a qual o movimento sanitário encampou como bandeiras de luta. A sua implantação esbarrava em concepções diferentes dos técnicos do Ministério da Saúde (MS), que tendiam a valorizar a experiência da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP) ou as técnicas de planejamento da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), enquanto o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) defendia uma proposta mais modesta de municipalização dos serviços de saúde.

Em relação ao financiamento, a grande barreira estava no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), dominado pela hegemonia do modelo assistencial privatizante, cujos anéis burocrático-empresariais não perceberam que poderiam aumentar sua abrangência ao apoiarem as ações de extensão de cobertura. Chegou-se a formar uma frente política de secretários envolvidos no programa, com o objetivo primordial de reivindicar recursos da Previdência Social. Esse movimento assentou as bases do que viria ser a organização dos secretários estaduais de saúde, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass). A razão de o programa ter se desenvolvido prioritariamente na região nordeste, apesar do discurso de região carente, era em função de sua importância política como um dos maiores redutos eleitorais (SCOREL, 1998).

O Quadro 1, a seguir, apresenta a cronologia das principais iniciativas relativas às políticas de saúde do Estado voltadas para as populações do campo no Brasil.

Quadro 1: Principais iniciativas relativas às políticas de saúde do Estado voltadas às populações do campo no Brasil

ANO	INICIATIVAS	SIGNIFICADOS
1918	Liga Pró-Saneamento	Campanha pelo saneamento rural com impacto significativo sobre a sociedade brasileira. O Estado passou a abordar a doença como um problema político, constatando o atraso e o abandono em que se encontrava a quase totalidade da população rural (LIMA, 2005).
1934	Previdência Social	Com a Constituição de 1934, o trabalhador brasileiro passava a ter direito à proteção da previdência social, mas sem a extensão da proteção social aos trabalhadores rurais (DELGADO, 2002).

1941	Serviços Nacionais de Combate às Endemias	Interiorização das atividades de saúde pública em direção às áreas rurais, basicamente aquelas em que se verificavam focos de endemias. A preocupação com o controle desses pontos estava vinculada ao processo de migração das populações rurais para as cidades, que já começava a adquirir importância em 1940. Esse fato se relacionava à formação do mercado de trabalho urbano (FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA, 1983).
1942	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP)	Criada por razões de ordem estratégica ligadas à produção de borracha na Amazônia, a FSESP passou a atuar prioritariamente naquela região, combatendo a malária e a febre amarela, os maiores flagelos a dizimar a mão de obra nos seringais (SCOREL, 1998).
1963	Estatuto do Trabalhador Rural	O surgimento das Liga Camponesas reivindicando a Reforma Agrária fez com que o Governo João Goulart reagisse a essas pressões, sancionando a lei que ficou conhecida como o Estatuto do Trabalhador Rural (DELGADO, 2002).
1967	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural)	Criado no Estatuto do Trabalhador Rural, somente foi colocado em prática durante o Regime Militar brasileiro, implantando um modelo de assistência à saúde tipicamente urbano e curativo (PINTO, 1984).
1970	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam)	Resultado da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais, da Campanha de Erradicação da Varíola e da Campanha de Erradicação da Malária. Foi responsável pela execução direta de atividades de erradicação e controle de endemias (LIMA et al., 2005).
1976	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass)	O Ministério da Saúde procurou implementar programas de extensão de cobertura, preocupado basicamente com as áreas rurais e os programas tradicionais (BRASIL, 1981; PINTO, 1984).
1988	Sistema Único de Saúde (SUS)	Implementado a partir da nova Constituição – a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado. Os serviços e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral) tornam-se universais (para todos) e equânimes (com justa igualdade) (BRASIL, 2003; LIMA et al., 2005).

2004	Grupo da Terra	Criado no âmbito do Ministério da Saúde para participar da formulação, implantação e acompanhamento da Política de Saúde para a População do Campo (BRASIL, 2004a).
2011	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e das Águas	Lançada na Conferência Nacional de Saúde (CNS), após sete anos de negociação, com grande participação dos movimentos sociais. A população das águas foi incluída posteriormente pela emergência do movimento das pescadoras e dos pescadores.

Fonte: CARNEIRO, 2007

Historicamente, as Conferências de Saúde também se constituíram em fórum privilegiado para o debate e as proposições de políticas públicas de saúde para o campo (ANDRADE; NAGY, 2004). A 5ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1975, tratou a questão como um dos eixos temáticos.

Na 6ª CNS (1977), deu-se continuidade à estratégia de discussão da extensão das ações de saúde para as populações rurais, mas no contexto da proposição de um sistema nacional de saúde e da expansão de cobertura dos serviços de saúde e de saneamento (Piass). As discussões eram voltadas para ampliação da oferta dos serviços primários.

Durante a 7ª CNS (1980), os debates focaram a interiorização das ações como preconizado no Piass; no saneamento ambiental; nas políticas educacionais e de formação de recursos humanos para a saúde; na integração com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); na articulação com os projetos agropecuários e as ações para saúde, habitação e construção de postos de saúde na zona rural; e inserção do tema saúde na discussão dos projetos de desenvolvimento.

A 8ª CNS (1986) apontou para a necessidade de se implantar uma Reforma Agrária que respondesse às reais necessidades e às aspirações dos trabalhadores rurais, sendo realizada sob o seu controle. Essa Conferência significou o marco político de construção da Reforma Sanitária Brasileira, fornecendo as bases para as definições da Constituição de 1988 (AROUCA, 2002) e do SUS. O conceito de saúde construído na 8ª Conferência envolveu: ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Seu grande diferencial em relação às outras conferências foi a presença de mais de

quatro mil pessoas representando um movimento sanitário que buscava transformações profundas na saúde pública. O acesso e a posse da terra não aparecem no conceito definido posteriormente pela Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990).

Na origem desse movimento, estavam profissionais de saúde, muitos ligados ao Partido Comunista Brasileiro, que, a partir de um referencial médico-social e por meio de práticas políticas, ideológicas e teóricas, buscavam transformar o setor da saúde no Brasil, também ocupando postos-chave no aparelho de Estado. Ou seja, passaram a utilizar as áreas institucionais como *lócus* da construção contra-hegemônica (SCOREL, 1998). A criação do SUS foi resultado de um movimento que se apresentou na contracorrente das reformas de saúde de cunho neoliberal, baseadas no conceito de ajuste estrutural defendida pelo Banco Mundial na década de 1980 (VIANNA, 1998; COHN, 2005).

Nas CNS seguintes: 9ª (1992), 10ª (1996), 11ª (2000) e 12ª (2003), a Reforma Agrária sempre foi um dos assuntos tratados, mas apesar de não ser priorizada como eixo temático, as questões de saúde no campo apareceram de forma detalhada em várias propostas. A maioria reforçava a garantia dos direitos básicos da cidadania, bem como a implementação de medidas de acesso às ações de saúde para as populações rurais. Outro destaque era o caráter intersetorial bem demarcado, evidenciando as grandes lacunas existentes das políticas sociais (habitação, saneamento, distribuição de renda, meio ambiente, transporte, lazer, esportes, educação e outras) – também necessárias para garantir a saúde da população do campo.

Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, o Movimento Sem Terra (MST) foi citado diretamente como um dos atores estratégicos para contribuir na construção dessas políticas.

Já a 13ª CNS simbolizou "[...] o ápice do desenvolvimento e do amadurecimento da sociedade brasileira no que diz respeito às discussões e deliberações democráticas sobre as políticas públicas de saúde do País" (BRASIL, 2008, p. 7). Em relação às populações do campo, da floresta e das águas, o relatório da 13ª CNS aponta para a: defesa da educação do campo; priorização de financiamento e de ações voltadas à atenção primária, a fim de garantir a resolubilidade e a qualidade adequadas e diferenciadas na região Amazônica, atendimento dos povos da floresta e do campo; convocatória para a participação na I Conferência Nacional de Saúde para os Povos do Campo e das Florestas; efetivação de políticas de preservação dos recursos naturais, reflorestamento, arborização e despoluição dos rios, proibindo a privatização do patrimônio natural; ampliação do acesso à saúde dessas populações; dentre outras deliberações.

A 14ª CNS teve como tema central: *Todos usam o SUS! SUS na seguridade*

social – Política pública, patrimônio do povo brasileiro, e, dentre as principais propostas aprovadas, destacam-se: implantação, nos Municípios da Região Amazônica, da Farmácia Popular e do Serviço de Urgência e de Emergência, a fim de atender às Comunidades Ribeirinhas do Campo e da Floresta; implantação e implementação das políticas de saúde integral da população negra, dos povos indígenas e ciganos, dos povos do campo e da floresta, em todas as unidades da federação; dentre outras.

Nas Conferências Nacionais temáticas, destacaram-se as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (1994). Na sua segunda edição, em 1994, foi ressaltado, no eixo específico de política agrária e saúde do trabalhador rural, o reforço à realização da Reforma Agrária e de ações intersetoriais à qualidade de vida e à proteção da saúde desses trabalhadores. A última, realizada em 2014, trouxe a *Saúde no campo, na floresta e na águas* como um tema de seus diálogos transversais, pontuando que o modelo de "desenvolvimento" vigente impactava negativamente na saúde das populações urbanas e do campo, enfatizando que, em se tratando dos recursos destinados para a agricultura, há investimento muito grande no agronegócio, que representa um modelo excludente, ao passo que na agricultura familiar e na agroecologia, há pouco investimento e distanciamento das políticas públicas para induzir qualidade de vida no campo. Destacou-se que o modelo vigente vem aumentando os graus de exigência de tecnologias voltadas para a monocultura e contribuindo sobremaneira na vulnerabilização da saúde do trabalhador (BRASIL, 2015).

A relação da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag) e do MST com o MS, no final da década de 1990 e início do ano 2000, foi marcada pela negociação de pautas de reinvindicações extensas, envolvendo vários programas e áreas técnicas. As demandas eram respondidas de forma fragmentada e desintegrada, com base na junção de informações de múltiplos setores desse órgão.

Em 2003, o MS identificou a necessidade de construção de uma política de saúde para o campo e de estruturação de um grupo para conduzir o processo, de forma a desenvolver ação sistêmica a fim de atender às demandas dos movimentos sociais. Essa intenção teve respaldo nos movimentos como o MST, que já vinha levantando essas necessidades em suas pautas de luta (ANDRADE; NAGY, 2004). A formalização desse processo se deu por meio da Portaria n° 719, de 14 de abril de 2004, do Ministério da Saúde, o qual criou o Grupo da Terra (BRASIL, 2004) com a participação de várias áreas técnicas do Ministério, tais como as secretarias: Executiva, Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde,

Gestão Participativa; e órgãos vinculados, como: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Em relação à sociedade, participaram o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e os movimentos sociais do campo: MST, Contag, Movimento das Mulheres Camponesas (MMC), Comissão Pastoral da Terra (CPT), com a agregação posterior dos representantes dos Quilombolas e dos Seringueiros por meio da Portaria nº 2460, de 12 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005).

Os maiores avanços das políticas oficiais de saúde para o campo ocorreram nos períodos históricos em que os trabalhadores rurais estavam mais organizados: na década de 1960, na conquista do Funrural; na década de 1980, o Piass; e, no ano de 2004, com o Grupo da Terra. Com essa última criação, pela primeira vez, o "público-alvo" da política de saúde para o campo começou a participar diretamente do seu processo de construção.

O momento contemporâneo

O Brasil vive um momento histórico marcado por lutas aos direitos sociais básicos. Várias pessoas de todo o país saíram às ruas reivindicando acesso a serviços públicos de qualidade, principalmente para o transporte, a saúde e a educação. Dessa forma, a reivindicação pelos direitos, neste país, ainda é um desafio às populações das cidades, principalmente em grandes metrópoles. Contudo, para as populações do campo, da floresta e das águas, residentes em sua grande maioria no Norte e no Nordeste do país, prevalecem situações de iniquidades, de vulnerabilidades e de desigualdades históricas e estruturais bem mais graves, como, por exemplo, a falta de acesso aos serviços de saúde e de saneamento.

Ainda no século 21, as populações mais invisíveis para as políticas públicas do Estado são: os camponeses, as populações atingidas por barragens, os extrativistas, os pescadores, os ribeirinhos, os quilombolas, os indígenas, dentre outros que se encontram nos territórios do campo, da floresta e das águas. Dessa forma, torna-se fundamental visibilizar as necessidades de saúde para que o Estado seja pressionado a planejar, a agir e a avaliar suas ações a fim de garantir os direitos dos cidadãos, posto que as questões de saúde dessas populações estão diretamente vinculadas a um conjunto de outros direitos que são sistematicamente violados.

Como forma de garantir o que preconiza a Constituição Federal de 1988, na direção de se efetivar as lutas de redemocratização do país nessa década, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), público e universal, tendo em vista os princípios: universalidade, integralidade e equidade. A fim de se garantir esses fundamentos e como forma de fortalecer o sistema, são formuladas políticas públicas específicas com foco nas populações prioritárias. E somente em 2011, foi publicada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e das Águas (PNSIPCFA).

Dessa forma, a PNSIPCFA reconhece a dívida histórica do Estado brasileiro com a saúde das populações do campo, da floresta e das águas e apresenta a necessidade de superação do modelo de desenvolvimento econômico e social na busca por relações humanas, interação com a natureza, responsabilidades e promoção da saúde, e pela extensão de ações e de serviços de saúde que atendam as populações, respeitando suas especificidades. Essa política tem por objetivo promover a saúde desses grupos populacionais por meio de ações e de iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, pretendendo o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.

A PNSIPCFA tem caráter transversal no SUS e necessita de uma articulação intersetorial para ser efetivada por setores como os de desenvolvimento agrário, meio ambiente, educação, pesca e aquicultura, ciência e tecnologia etc. Cabe ainda enfatizar o protagonismo dos movimentos sociais na luta por sua elaboração, implementação, monitoramento e avaliação, dentre eles: Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib); Comissão Pastoral da Terra (CPT); Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq); Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag); Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS); Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar (Fetraf); Movimento dos Atingidos por Barragens/Brasil (MAB); Movimento de Luta pela Terra (MLT); Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); Movimento Nacional dos Pescadores (Monape); Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA); Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); Mulheres Trabalhadoras Rurais – Movimento das Margaridas (MTRMM); Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu (MIQCB); Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste (MMTR-NE); e Federação dos Pescadores do Estado de Alagoas (Fepeal).

A instituição do Grupo da Terra em que estão representados esses

movimentos sociais, o Governo e as Instituições de Ensino e Pesquisa que formulam, monitoram e avaliam as ações referentes à implantação da PNSIPCFA, foi um passo essencial.

Como fruto da implantação da PNSIPCFA, conforme preconiza o 4º eixo de seu Plano Operativo que propõe o monitoramento e a avaliação do acesso às ações e aos serviços de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas, iniciou-se a estruturação, em 2012, por meio de um Observatório denominado Observatório de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (Obteia), o qual tem como base a constituição de uma Teia de Saberes e Práticas que envolve intelectuais engajados, especialistas na temática, pesquisadores populares e lideranças dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas, gestores/trabalhadores do SUS. Essa teia tem como pressupostos a cooperação e a solidariedade no sentido de manter diálogo crítico e horizontal, aproximando distintos saberes em prol da luta pelo direito à saúde dessas populações.

Como a teia começou a ser tecida?

Com a implantação da PNSIPCFA, o desafio foi duplo: constituir um observatório que avaliasse a situação de saúde da população do campo, da floresta e das águas e analisar como o SUS respondia às necessidades de saúde dessas populações. Cinco desafios podem ser identificados no processo de implantação desse observatório e, para cada um deles, foram identificadas possíveis aproximações a essas perguntas para descrever o processo vivido na sua implementação:

Desafio 1: Como avaliar essa política pública e contribuir para sua implantação por meio de uma perspectiva crítica e emancipatória?

Entre os objetivos do Obteia também estão o de avaliar e o de construir indicadores, utilizar novos métodos de análise, desenvolver pesquisas quantitativas e qualitativas e ser, sobretudo, uma ferramenta de luta cotidiana para os movimentos sociais, acadêmicos e profissionais do SUS, tendo em vista a melhoria da saúde das populações do campo, da floresta e das águas.

Inaugurando uma nova forma de estruturar um Observatório, o Obteia possui três instâncias principais: um comitê gestor, uma equipe executiva e a Teia de Saberes e Práticas. O comitê gestor, coordenado pela Universidade de Brasília (UnB), é composto por representantes do MS, por meio da SGEP e de outras

secretarias com interesse na temática, e por três representantes dos movimentos sociais, membros do grupo da terra (MMC, MAB, Fetraf) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Tem como funções coordenar, articular, executar, acompanhar e mobilizar os movimentos sociais na implantação do Obteia.

Figura 1: organicidade do Obteia

Fonte: Obteia

A equipe executiva é responsável por operacionalizar as atividades planejadas pelo projeto de implantação do Observatório, bem como formular questões relacionadas a ele. Esse grupo foi construído por representantes dos movimentos sociais e profissionais/pesquisadores na área de saúde coletiva, e os trabalhos são referentes aos temas: políticas públicas; saúde do campo; saúde, ambiente e trabalho; saúde da família; epidemiologia; pesquisa qualitativa; ciências da informação e comunicação; geoprocessamento; jornalismo; e áudio e vídeo.

Destacamos que dentre as funções desse coletivo está a elaboração de estudos de base empírica e documental (com dados secundários), bem como organizar e executar atividades conforme acordado nas instâncias do Obteia, tais como: oficinas e seminários para a constituição da Teia de Saberes e Práticas, e debates e discussão dos principais produtos previstos no projeto inicial de implantação do Observatório. Além disso, a equipe operacionaliza, por meio de Termos de Referências, os produtos e as ações previstos para o Obteia (feitura e alimentação periódica do Portal; elaboração de vídeo; organização de livro e caderno popular, dentre outros).

A Teia de Ecologia de Saberes está sendo tecida por meio da sensibilização/envolvimento de agentes sociais, de representantes dos movimentos sociais, de gestores e de demais profissionais do SUS e por pesquisadores nacionais e internacionais engajados na temática-foco do Obteia. Há também o envolvimento daqueles que trabalham com referenciais críticos que contribuam para a efetivação da produção do conhecimento na área da saúde do campo, da floresta e das águas, tais como: pesquisa qualitativa, ecologia de saberes, educação popular, metodologias ativas, epistemologias críticas e emancipatórias, políticas públicas e dos que desenvolvem pesquisas em temas prioritários para essas populações, como, por exemplo, o dos agrotóxicos e da agroecologia.

Com base nessas informações, imagina-se que a composição de agentes sociais e de políticos engajados com a realidade vivida pelas populações do campo, da floresta e das águas, articuladas ao diálogo contínuo e sistemático, contribui para o desvelamento da situação de saúde das populações citadas, criando, assim, novas possibilidades de atuação na relação sociedade-estado, visibilizando esse processo para o conjunto da população e trazendo novos elementos constitutivos de respeito e de valoração e uma integração de novos saberes (por exemplo, desenvolvimento de metodologias avaliativas-participativas com enfoque qualitativo) nas políticas públicas acerca do que é saúde e como produzir saúde nos territórios brasileiros, em especial, no campo, nas florestas e nas águas.

Vale destacar, ainda, que o próprio conceito de saúde trabalhado pelos sujeitos coletivos envolvidos no processo de construção e de consolidação do Obteia é visto de forma ampliada, ou seja, a saúde passa a se relacionar com as diversas determinações que os sujeitos dos territórios vivenciam diariamente.

Trata-se, portanto, de aumentar os desafios da política para visibilizar os elementos de luta pela terra, produção, industrialização e comercialização de alimentos saudáveis, acesso a água de qualidade, a moradia, a energia elétrica, dentre tantas outras pautas que se relacionam com a efetivação de direitos já postulados no sistema normativo por meio da Constituição de 1988.

Desafio 2: Como visibilizar a situação de saúde de uma população invisível pelos dados oficiais, com diferentes aspectos históricos, sociais, ambientais, econômicos, culturais e políticos?

Como forma de chamar a atenção para a situação de saúde da população citada e destacar a invisibilidade em dados institucionais, o Obteia priorizou as seguintes estratégias: a criação de um portal na internet (www.saudecampofloresta.

unb.br); o desenvolvimento de pesquisas documentais (com enfoque quantitativo e qualitativo) e pesquisas empíricas (participativas e baseadas na ação); a produção de notícias semanais e de um informe *web* periódico; a organização de uma revista científica, de um livro, de um caderno popular e vídeos.

Além disso, o Obteia passou a ocupar diversos espaços, tais como seminários, palestras em eventos e diversas outras atividades em que os membros do Observatório puderam pautar a visibilidade das populações em questão. Vale destacar, por exemplo, a qualificação do debate sobre saúde no campo, na floresta e nas águas, para dentro das próprias instâncias de direção das organizações e dos movimentos sociais que representam tais sujeitos.

a) Tecnologia da informação: organização do trabalho e visibilidade para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas

O Portal do Obteia possibilitou a divulgação de notícias, informações e dados e a organização de um acervo de livros, de artigos e de outros documentos sobre saúde das populações do campo, da floresta e das águas.

A criação do portal gerou uma nova possibilidade de busca de informações sobre o tema tratado. Até seu lançamento, em setembro de 2013, ao se realizar uma pesquisa *web* em relação ao termo "saúde do campo", poucos documentos eram localizados. A perspectiva da saúde do campo, da floresta e das águas, como proposta pelos movimentos sociais, ainda não tinha um espaço específico no mundo virtual.

Figura 2: Imagem da home do Portal e Facebook do Obteia

Assim, podemos dizer que ampliar o acesso à informação sobre saúde de campesinos/as, quilombolas, ribeirinhos/as, pescadores/as dentre outras populações tradicionais foi um dos avanços da criação do portal.

Em abril de 2014, foi criada uma página de rede social que ampliou a divulgação das informações produzidas, permitindo o compartilhamento de notícias e de campanhas de organizações e de movimentos sociais do campo, da floresta e das águas.

Além disso, a fim de complementar a divulgação de produções sobre o tema, foram criados canais de vídeos, um[1] voltado para materiais produzidos por outras organizações sobre o tema saúde e populações do campo, da floresta e das águas, outro[2] com as produções do Obteia. Ambos complementam a seção da biblioteca do portal do Obteia e também podem ser acessados diretamente pelas respectivas plataformas Vimeo e Youtube.

Com o início da pesquisa nos territórios, começou-se a produzir fotos das atividades e das realidades de cada localidade. Para organizar as imagens e também disponibilizá-las às comunidades, criou-se um canal de compartilhamento de fotos[3].

A fim de favorecer o compartilhamento de documentos e a produção colaborativa da equipe do Obteia, foram utilizadas as seguintes tecnologias indicadas:

» Ferramenta de armazenamento e de compartilhamento de documentos: desde o início do Observatório se tem pastas de arquivos compartilhados entre equipe executiva e também com as/os pesquisadoras/es dos territórios.
» Textos colaborativos[4]: para elaboração de relatos das reuniões de equipe, pois todas/os participantes, mesmo a distância, contribuíam, ao mesmo tempo, com o texto.
» Listas de *e-mail* para grupo executivo e Teia de Saberes e Práticas usando o Gerenciador de Listas Mailman.

O portal Obteia tem se dedicado a republicar informações abertas, que são bases de dados de sistemas do governo federal e são de difícil acesso. Assim, a perspectiva é tornar a notícia livre para circular, possibilitando que seja usada para embasar as reivindicações por melhores condições de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas.

Nesse intuito, focando na ampliação do acesso às informações, foi desenvolvida

---

[1] Disponível em: <http://www.saudecampofloresta.unb.br/?page_id=5712>. Acesso em: 30 set. 2016.

[2] Disponível em: <https://vimeo.com/saudecampofloresta>. Acesso em: 30 set. 2016.

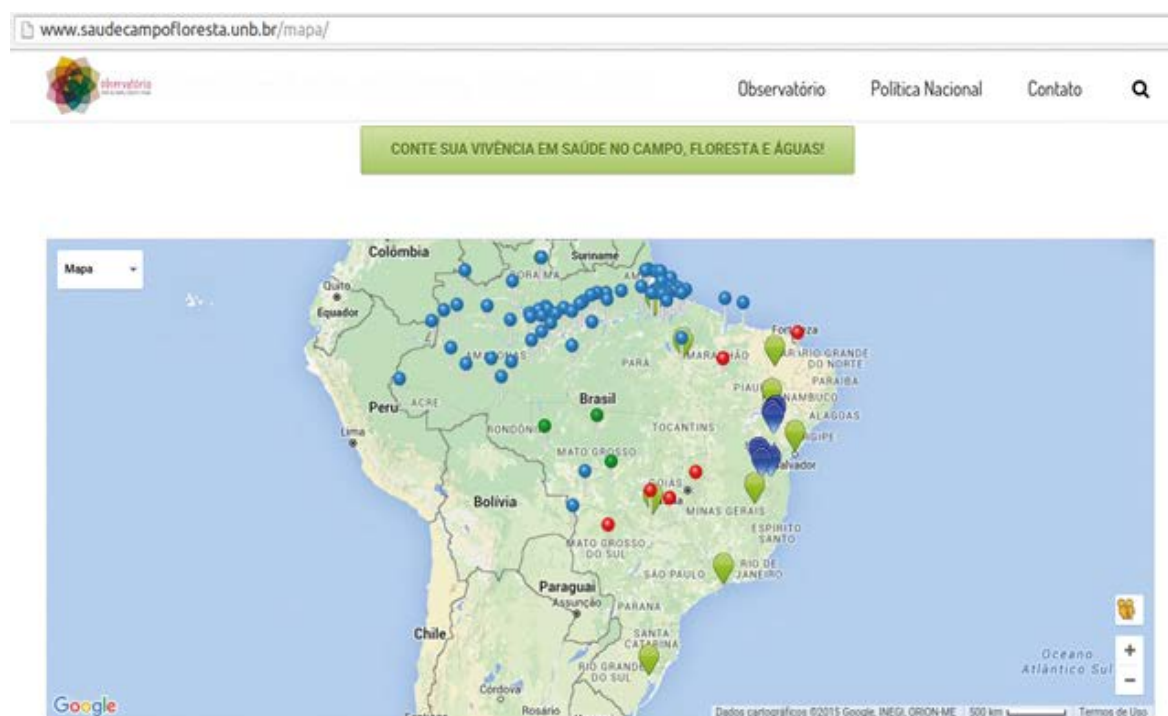
[3] Disponível em: <https://www.flickr.com/photos/130243851@N03/albums>. Acesso em: 30 set. 2016.

[4] Disponível em: <pad.eita.org.br>. Acesso em: 30 set. 2016.

uma área no portal com indicadores sobre a saúde no campo, na floresta e nas águas em todos os municípios brasileiros, e os dados podem ser confirmados na Ficha dos Municípios. Por isso, o objetivo do canal foi o de visibilizar, para análise, por município da Federação, a localização de dados e de informações sobre a saúde das populações, tanto para o Obteia quanto aos outros usuários, pesquisadores, profissionais/gestores, movimentos sociais. Acessando a área, estarão disponíveis dados do governo federal sobre saúde e também notícias produzidas por movimentos sociais em relação à violência no campo e às injustiças ambientais.

Buscando uma interação com quem acessa o Portal do Observatório, foi desenvolvido, também, um Mapa com a localização das Unidades Básicas de Saúde Ribeirinhas e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Rural, e toda pessoa pode incluir no Mapa a sua vivência em saúde.

No entanto, o uso dessa ferramenta foi baixo, o que pode ter sido motivado pela reduzida divulgação da ferramenta e também pelo escasso acesso à internet pela população do campo, da floresta e das águas. Por outro lado, no mapa a seguir (Figura 3), identificam-se os nove territórios em que a pesquisa do Obteia aconteceu. Além disso, as produções realizadas podem ser acessadas por cada localidade, por meio de fotos, de vídeos, de apresentações, do perfil da localidade, de textos e de relatórios.

Figura 3: Mapa com as colocações das unidades básicas de saúde ribeirinha e centros de referência em saúde do trabalhador rural

Fonte: Portal do Observatório. Disponível em: http//: <www.saudecampofloresta.unb.br>

Em dois anos, o Portal do Obteia teve mais de dezesseis mil visitantes, com uma maior concentração no ano de 2014, quando foram publicados, com mais constância, informes, notícias e novidades na biblioteca. Adiante, na figura 4, estão as estatísticas do portal, mostrando que além do Brasil, algum países como Portugal, Argentina, Espanha, Indonésia, Índia, México, Nigéria, Colômbia, Angola, Estados Unidos e outros também acessaram.

Figura 4: Mapeamento dos acessos ao portal do Obteia em 2013, 2014 e 2015 (segundo país de origem)

16 — 14.002

Country	Views
Brasil	14,002
Portugal	146
Estados Unidos	131
Peru	124
Argentina	38
México	27
Chile	22
Equador	22
Canadá	18
Colômbia	16

22 — 20.745

Country	Views
Brasil	20,745
Estados Unidos	381
Portugal	204
Argentina	42
Espanha	34
França	31
Itália	31
Colômbia	30
Angola	22
Peru	22

8 — 5.755

Country	Views
Brasil	5,755
Estados Unidos	452
Rússia	84
Alemanha	50
Indonésia	46
Portugal	19
Nigéria	10
México	9
Índia	9
Vietname	8

Fonte: Wordpress, setembro/2015

Os acessos ao portal se deram, em sua grande maioria, por meio de busca dos temas de saúde do campo, da floresta e das águas em *sites* de pesquisa. Outra forma de chegada ao endereço se deu por meio de *links* em rede social e em *sites* de organizações parceiras e/ou integrantes da Teia de Práticas e Saberes, como: Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade Federal de Brasília, da Universidade Federal do Ceará, do Movimento de Pequenos Agricultores, do Movimento de Atingidos por Barragens, da Campanha Permanente contra os Agrotóxicos e pela Vida, da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Universidade Popular dos Movimentos Sociais/Projeto Alice.

O portal também possibilitou que as/os visitantes navegassem em outras iniciativas e organizações por meio de *links*, notícias, na biblioteca e nas fichas dos municípios. Esses acessos foram direcionados para *sites* de organizações

da sociedade civil, como a Campanha Permanente contra os Agrotóxicos e pela Vida, Movimento dos Trabalhadores sem Terra e Assessoria e Serviços a Projetos em Agricultura Alternativa (AS-PTA). Instituições públicas também foram acessadas via portal, como o Ministério da Saúde e Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa).

No portal, a principal página visitada é a Abertura, em que estão *banners* com destaque de eventos, notícias produzidas pelo Obteia, por organizações da sociedade civil e por órgãos do governo, informações gerais sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Assim, como mostram as estatísticas a seguir, desde o lançamento, a página de abertura tem sido a mais acessada. Nos três anos, tanto o local com as informações sobre a política quanto as que mostram o Observatório tiveram acessos relevantes nas estatísticas. No ano de 2013, o *post* sobre Encontro Internacional de Ecologia de Saberes e o Informe de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas tiveram destaque. As seções da biblioteca, mapa e ficha dos municípios estão entre mais acessadas no portal em 2014 e 2015.

O processo de criação envolveu o Conselho Gestor do Obteia, numa dinâmica de decisões sobre a prioridade das informações a serem apresentadas. Privilegiou-se o envolvimento de pessoas que não são da área de tecnologia da informação e que foram conhecendo como se constrói um portal *web*, sua arquitetura e *design*. A opção por desenvolvimento e uso em *software* livre se expressa na escolha da plataforma WordPress para o portal, do Etherpad como ferramenta para elaboração colaborativa e de listas de *e-mails* Mailman. Essas opções favorecem aos usuários do Observatório que desfrutem do acúmulo de conhecimento livre produzido pelas comunidades de desenvolvedores e também desenvolvam e publiquem o código de um *plugin* para o WordPress, usado para as fichas com dados de saúde para os municípios.

b) Vozes das populações do campo, da floresta e das águas sobre sua situação de saúde

Em 2015, o Obteia iniciou a série Com a Palavra, um acervo em vídeo com entrevistas que representam a voz de territórios, de comunidades, da academia, dos trabalhadores, de estudantes e gestão. A intenção é o registro e a difusão das diversas visões sobre o conceito de saúde do campo, da floresta e das águas, abrindo possibilidade também para outros temas relacionados como, por exemplo, metodologias de pesquisa e partilha de aprendizados, os quais podem fortalecer a luta por direito à saúde nesses territórios.

Os primeiros oito vídeos produzidos têm a intenção de disparar um processo contínuo de registro. E servem também como experiência-piloto para que se chegue ao formato final do processo de filmagem, de edição e de divulgação. A proposta é desenhar um processo simples e integralmente replicável, que possa ser realizado por qualquer pessoa, até mesmo utilizando celulares, mas seguindo alguns princípios estéticos e políticos que darão coerência à série. Essa ideia final ainda está em maturação.

Figura 5: Canal de vídeos do Obteia

Fonte: Obteia

Nossa maior potência é a quantidade e a qualidade de encontro que produzimos. Seja nas comunidades, seja nas universidades, nos espaços de participação política, pois temos muitas possibilidades de criar o momento e a estrutura para realização dos vídeos. O método já utilizado nesse primeiro bloco da série é totalmente replicável para ser feito com celulares equipados com câmeras de vídeo e com entrada para microfone. O cenário, ainda que pareça um estúdio, foi criado com base em uma exposição de fotos realizadas por agricultoras e agricultores que participaram do Projeto Vidas Paralelas, da Universidade de Brasília e do Ministério da Cultura (UnB/MinC).

Para a sequência da série, apontamos dois desafios. O primeiro foi o processo de edição para sintetizar a conversa na íntegra, em um vídeo mais curto. Tivemos conversas de 45 e outras de 5 minutos, além de vídeos finais de 3 a 10 minutos. Ressaltamos que a escolha do que entra ou saí não é neutra, mas sim política. Precisamos seguir aprofundando nos métodos de construção da escolha para os próximos passos da série. Além disso, temos a proposta de, além do vídeo editado, disponibilizar o material em áudio na íntegra para pesquisas.

Outro desafio é a divulgação desses vídeos. Iniciamos a construção de uma estratégia de divulgação, mas ela não foi concretizada. E podemos

deduzir que os vídeos mais vistos foram por processos de busca que não provocados por nossa divulgação.

c) Outras imagens como conteúdo

Na primeira fase do Obteia, reunimos experiências de trabalho com as imagens com "*status*" de conteúdo. Não foi uma abordagem nova na academia, nos movimentos sociais e muito menos no cotidiano de trabalho e na vida do povo. A Antropologia Visual, por exemplo, é uma linha de pesquisa bem desenvolvida no Brasil e no mundo, que transita por todos esses espaços e territórios. A fotografia, o cinema, as artes visuais são linguagens que a sociedade utiliza cada vez mais na luta contra os processos de opressão e também de libertação.

Figura 6: Melgaço, Pará

Fonte: Obteia

Mesmo assim, lidamos com algumas formas de ciência ainda muito fechadas para outras linguagens. Acreditamos que produzimos aprendizados para construção de uma epistemologia na qual se considere a complexidade das imagens e dialoguem com a vida e com o trabalho dos indivíduos envolvidos.

Dessa forma, vivenciamos isso de forma mais direta por meio das entrevistas para a série *Com a Palavra*, uma das perguntas era relacionada a uma "imagem", qualquer uma que viesse à imaginação quando se falava em saúde. Tal experiência despertou histórias, emoções, sentidos que outras questões não

conseguiram alcançar, por exemplo.

Além disso, buscamos inserir na pesquisa dos territórios um método para responder às questões com imagens. Trata-se de uma abordagem bastante interessante, que se utiliza de registro de usos, desde a década de 1970. Tal prática foi descrita por Augusto Boal, no livro *Teatro do Oprimido*, e serviu como inspiração para o autor sistematizar uma linha homônima de linguagem artística. Com certas variações, essa ideia foi utilizada também em outros projetos como *Projeto Vidas Paralelas* (UnB)[5] e o *Inventar com a Diferença* (UFF)[6].

Alguns dos territórios vivenciaram a pesquisa e apresentaram "imagens" como fruto dos estudos, as quais foram reunidas no Flickr do Obteia[7]. Contudo, não tivemos adesão de todos os territórios. E, nessa fase da pesquisa, ainda não foi possível a realização do passo seguinte a esse registro, que seria a discussão dessas imagens e a produção dos saberes e dos sentidos que elas poderiam vir a proporcionar. O que é um grande desafio colocado para os próximos períodos.

Esses são processos que não estavam previstos no projeto inicial de pesquisa e que foram sendo construídos ao longo do caminho, com base nas experiências internas e externas do Obteia. Por isso, os inserimos aqui. Entretanto, não como produtos acabados, mas sim como desafios para o futuro da continuidade do Observatório.

d) A produção científica emancipatória

Outro desafio bastante instigante para o Obteia foi a elaboração do Volume 8, número 2, de 2014, da *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva* (ISSN 1982-8829), intitulado Ecologia de Saberes e Saúde do Campo, da Floresta e das Águas.

O objeto central desse número foram os relatos das relações dos povos do campo, da floresta e das águas com a saúde e os movimentos sociais de toda a América Latina, na perspectiva de se construir um diálogo de saberes voltados para a prática de uma ciência crítica e emancipadora. O número contou com contribuições em quatro eixos principais: a) Modelos de desenvolvimento e seus impactos na saúde e no ambiente; b) Análise das condições de vida dessas populações; c) os movimentos sociais e a sua relação com as políticas públicas de saúde; e d) Experiências de Ecologia e Diálogos de Saberes nesses temas.

---

[5] Disponível em: <http://revistapvp.com>. Acesso em: 28 de ago. 2016.

[6] Disponível em: <http://www.inventarcomadiferenca.org>. Acesso em: 28 de ago. 2016.

[7] Disponível em: www.flickr.com/photos/130243851@N03/albums Acesso em: 28 de ago. 2016.

Essa edição especial buscou mostrar ser possível o diálogo de saberes na produção científica e inovou ao adotar, no processo de avaliação dos artigos, a análise por pares de consultores *ad hoc,* credenciados pela Revista, e também a análise por militantes dos movimentos sociais populares com notável experiência na área.

Assim, sempre que possível, cada artigo foi avaliado por dois pareceristas da academia e um dos movimentos sociais. A ideia foi manter, com isso, o rigor científico, mas sem desconsiderar o olhar da vivência daquele que conhece de perto os problemas do território. Esse processo avaliativo possibilitou a valorização de outras formas de conhecimento voltadas para a luta pela saúde no campo, na floresta e nas águas.

Essa metodologia de submissão de artigos teve início em dezembro de 2013 e seguiu até abril de 2014. A chamada pública para a submissão foi amplamente divulgada a fim de alcançar pesquisadores dos diversos cantos do país e da América Latina. Entre os canais de divulgação, destacam-se: o sítios da Tempus[8], do Obteia[9], do Ministério da Saúde (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa) e da Abrasco. Além disso, também foram parceiros o Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, a Universidade Popular dos Movimentos Sociais, o Projeto Alice e a Campanha Latinoamericana Contra os Agrotóxicos e pela Vida e o Grupo da Terra, que potencializaram nosso alcance.

O resultado desse esforço foi um belo número composto por quinze artigos originais, três de opinião, um relato de experiência e a entrevista com o Boaventura de Sousa Santos, que estão disponíveis, *on-line*, no sítio da revista Tempus e no Obteia.

Realizamos dois lançamentos, o primeiro da versão eletrônica, em Portugal, na Universidade de Coimbra, durante o Colóquio Internacional Epistemologias do Sul, em junho de 2014. O segundo, da versão impressa, foi realizado no Brasil, na cidade de Brasília, em agosto de 2014, durante a reunião do Grupo da Terra.

Foram impressas três mil unidades da Revista, as quais foram distribuídas gratuitamente durante o segundo lançamento e em eventos estratégicos para a saúde do campo, da floresta e das águas, como, por exemplo, no Simpósio Brasileiro de Saúde e Ambiente da Abrasco e no I Encontro Nacional das Populações do Campo, Floresta e das Águas, em dezembro de 2015, como atividade paralela a XV Conferência Nacional de Saúde.

---

[8] Disponível em: <www.tempusactas.unb.br>. Acesso em: 20 de set. 2016.
[9] Disponível em: <http://www.saudecampofloresta.unb.br/>. Acesso em: 20 de set. 2016.

Desafio 3: Que referenciais teóricos críticos e que metodologias participativas podem ser implementadas no Observatório a fim de possibilitar o diálogo entre movimentos sociais, pesquisadores engajados e gestores/trabalhadores do SUS?

Nesse percurso, algumas dúvidas foram colocadas, como: a ecologia de saberes como conceito pode aproximar ou não a academia dos movimentos sociais? Como apontar para a busca de soluções criativas diante dos problemas enfrentados e da necessária superação dos elementos que separam as diversas iniciativas na busca por um outro modelo de sociedade mais igualitária e justa?

No momento em que o conhecimento acadêmico deixa de ser mais valorizado do que os saberes obtidos na luta popular, acontecem os primeiros passos para essa convergência. Conceitos que apontam para uma produção compartilhada de saberes, como a ecologia de saberes e a educação popular, foram úteis como práxis na elaboração, na sistematização e no reconhecimento dos diversos conhecimentos presentes na população do campo, da floresta e das águas, apontando novas perspectivas para um diálogo mais horizontal entre o paradigma hegemônico e o emergente.

Assim, a Teia de Saberes e Práticas envolveu os dois grupos acima. Além de pesquisadores, também participaram militantes sociais e profissionais do SUS, ligados à questão de saúde no campo, na floresta e das águas, envolvidos no processo e nos territórios de pesquisa.

A construção de uma Teia de Saberes e Práticas está relacionada às demandas históricas dos movimentos sociais, pois numa construção dessa natureza o conhecimento popular presente nas organizações de base não é descartado como inválido ou de menor valor. Pelo contrário, a Teia pressupõe um processo de diálogo entre os diversos tipos e formas de conhecimento de modo que o conjunto de saberes diversos seja reforçado, ampliado e ressignificado.

Obviamente que nesse processo surgiram tensões, contradições, pontos de vista diferentes em função dos marcos teóricos adotados. Nossa postura foi evitar o extermínio do diferente e manter relação entre essas distinções, compreendendo que diversidade não é sinônimo de fragmentação, muito pelo contrário, pode vir a significar maior unidade e respeito a partir do reconhecimento das diferenças, desde que alguns princípios básicos sejam preservados. Essa questão será abordada de forma mais aprofundada no capítulo que irá tratar do método do Obteia.

Nesse processo de construção coletiva, aponta-se, portanto, uma

perspectiva emancipatória e de ressignificação crítica do conjunto de conhecimento imposto – em determinados casos – pela ciência dita moderna. Assim, a Teia de Saberes e Práticas se constituiu em elemento de práxis cotidiana do Observatório, em que a ação concreta nos territórios é enriquecida pelos movimentos e pelo conjunto de sujeitos ativos do processo. Foi dessa forma que esses dados desenvolvidos pelo Obteia ultrapassaram os limites de sua ação apenas como Observatório, mas inaugurou uma relação de construção permanente de conhecimento, de revisão crítica de conhecimentos já estabelecidos e de ações concretas que nos territórios puderam ser experimentados com a relação entre teoria e prática, a qual se transforma mutuamente. Trata-se de um Observatório que não só observa, mas que atua coletivamente com os sujeitos em cada território trabalhado, a fim de buscar soluções coletivas e emancipatórias para os problemas identificados.

Desafio 4: Como nós, pesquisadores engajados nesse campo, podemos articular o conhecimento e as metodologias oriundas da saúde coletiva (epidemiologia; planejamento, gestão e avaliação em saúde; ciências sociais; saúde, ambiente e trabalho) com os saberes e as práticas das populações do campo, da floresta e das águas?

A promoção do diálogo e o debate acerca de saberes e das metodologias à disposição têm sido exercitados em grupo, de forma a apresentar resultados que representem os anseios dos movimentos sociais, dos formuladores das políticas públicas e dos pesquisadores. A construção tem se dado por meio de esforço coletivo de valorizar e de reconhecer as potencialidades e os limites da ciência na aproximação com a realidade, sem, contudo, desprezar o saber científico das diversas áreas do conhecimento e as interfaces com os saberes e as práticas oriundos dos movimentos sociais e comunidades. Isso, às vezes, faz com que se leve mais tempo nas definições. No entanto, é visível não só a maior qualidade daquilo que se produz, mas também a máxima aceitação e incorporação daquilo que se constrói coletivamente.

Com base no exposto, evidencia-se como têm sido constituídos os espaços das oficinas e as reuniões do comitê gestor e da equipe executiva para avançar na análise dos dados obtidos das fontes secundárias.

Assim, foi identificado um volume de dados existentes em uma diversidade de bases que não são articuladas entre si. Com base nessa identificação, a

sistematização desses dados foi concretizada, gerando informações que ainda são insuficientes e incompletas, se comparadas à disponível para a população urbana. Novas formas de disponibilização dessa informação estão sendo discutidas para facilitar a sua análise pelos movimentos sociais e pelos atores do SUS.

Nosso aprendizado no desenvolvimento da experiência

A criação e o desenvolvimento do Observatório nos colocaram diante de três grandes desafios. O primeiro foi o de dar visibilidade a essas populações, ainda pouco visíveis nas suas necessidades de saúde e de condições de vida, de acordo com as estatísticas oficiais e pelas políticas públicas. O segundo, e igualmente desafiante, foi inventar uma nova forma de se estruturar um Observatório em que o "observado" também "observa" e vice-versa. Aqui, sujeito e objeto se alternam numa perspectiva dialética de construção de análises que induzam a ação, seja a do Estado, seja a dos próprios movimentos sociais. Para isso se efetivar plenamente, nos deparamos com o último desafio, que foi o desenvolvimento e a articulação de métodos de produção do conhecimento coerentes com essa proposta.

Com base nessa plataforma, queremos contribuir com um novo paradigma para se praticar a avaliação das políticas públicas. E esse relato é um dos primeiros passos nessa direção.

A sociedade tem demandado a elaboração e/ou monitoramento e a avaliação de políticas públicas. Nesse sentido, implantar um Observatório é uma ação muito maior do que o investimento de recursos públicos para um tipo de registro e compilação de dados. É, também, a oportunidade de contribuir para a estruturação de outros processos avaliativos das políticas públicas, nesse caso, as de saúde.

A integração e a participação ativa de distintos agentes sociais têm por finalidade produzir e disponibilizar dados e informações aos mais variados públicos a fim de que possam utilizá-los para produção de novos conhecimentos e práticas com o intuito de melhorar as condições de vida das populações. Em suma, esse é o foco do Observatório.

A experiência vivida na implantação do Observatório vem possibilitando o envolvimento e o reconhecimento político de distintos grupos e o significado dessa ferramenta como estratégia de fortalecimento e de melhoria da produção de informações capazes de disparar ações e decisões, no campo das políticas

públicas, às populações do campo, da floresta e das águas.

Os sujeitos diversos que compõem o Observatório foram importantes para a qualificação do processo de construção e de atuação do Obteia ao passo que optamos por transformar essa diversidade em riqueza de construções coletivas. Portanto, a existência de militantes de movimentos sociais, de gestores e de profissionais do SUS gerou diversos pontos de vista, que, ao nosso ver, podem contribuir para que as análises sejam mais robustas e coerentes com a realidade.

Dessa forma, essa produção de visões e de conhecimentos diversos contribuiu na determinação do referencial teórico do Obteia e, consequentemente, no seu modo de agir. Sem dúvida, um agrupamento de ensinamentos já foi apreendido. Todavia, um conjunto ainda maior será percebido apenas com o decorrer do tempo, visto que demandam temporalidade distinta para que sejam devidamente processados na "consciência" coletiva pelos sujeitos igualmente coletivos. Estamos fazendo o caminho ao caminhar, e a riqueza do processo não pode estar desvinculada dos nossos objetivos.

CAPÍTULO 2

A Construção da PNSIPCFA e do Obteia

Noemi Margarida Krefta

Na perspectiva de avançar na luta pela saúde pública de qualidade com atendimento humanizado, o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC) tem participado da construção da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Aguas (PNSIPCFA), em que foram pautadas as realidades dessas populações, sua forma de organização, costumes, saberes, linguagens, crenças, modos de fazer promoção e os cuidados de saúde.

Essas populações têm sido atingidas pelos avanços da agricultura agroquímica com suas sementes híbridas, fertilizantes e venenos que foram sendo dispersados de forma assustadora sobre o campesinato.

A Revolução Verde tem trazido resultados trágicos para as populações que vivem sua missão de produzir alimentos. Suas plantações vêm sendo ameaçadas pelas pulverizações de agrotóxicos e as sementes transgênicas estão cada vez mais contaminando e eliminando as sementes crioulas. Com isso, as populações que vivem da produção de alimentos para seu autoconsumo têm assistido à redução das variedades alimentícias que usavam costumeiramente.

Percebemos grande erosão cultural na alimentação e, consequentemente, um avanço avassalador de doenças explodindo nas pessoas. É assustador ver a quantidade de pessoas jovens e, até mesmo, crianças acometidas por vários tipos de cânceres.

Com a PNSIPCFA, a construção do Observatório nos trouxe algumas reflexões sobre os serviços de saúde implementados pelos gestores e pelos trabalhadores da saúde nas áreas rurais. Sobre isso já temos os primeiros resultados.

Dessa forma, como camponesa, vou me ater mais aos apontamentos que a pesquisa-ação vem mostrando nas áreas de vivência camponesa sobre os impactos sentidos pelas populações que utilizam agrotóxicos ou são atingidas pelo uso feito nas imediações, seja pelo ar, pela água e, até mesmo, pela pulverização

dos fazendeiros vizinhos. Assim, a situação de agravos de saúde dessas populações vem se aprofundando de forma acentuada.

Outro fator é o empobrecimento alimentar e nutricional forçado que se impõe sobre o campo, pois o modelo de agricultura baseado nos venenos e nas sementes transgênicas tem aumentado em muito os custos de produção e fez com que muitos pequenos proprietários ampliassem suas lavouras de monocultivos até as portas das casas, devastando, assim, toda a mata, o quintal, a horta, as beiras de fontes de água e nascentes dos rios.

A redução e, também, a extinção de muitas variedades alimentícias decorrentes do modelo de agricultura convencional levou à erosão cultural, fazendo com que as comunidades fossem privadas de suas festas, de seus encontros de famílias, momentos em que celebravam sua cultura e seu lazer.

Os saberes tradicionais foram se reduzindo, e só não foi tudo perdido porque algumas receitas continuam sendo repassadas de mãe para filha. Assim acontece com as diversas culturas alimentares, bem como com as plantas medicinais que as mulheres camponesas, as rezadeiras, as curandeiras estão resgatando e ressignificando.

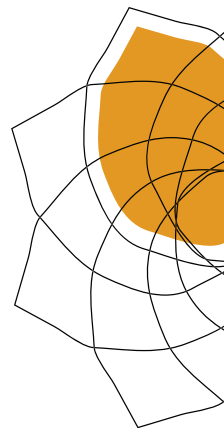
Um olhar sobre a PNSIPCFA

Na construção da PNSIPCFA tem sido levado em consideração as diversidades das populações do campo, da floresta e das àguas. As questões foram formuladas por meio de estratégias de saúde a serem implementadas pelos gestores e por trabalhadores da saúde que busquem entender a vivência, a linguagem, o modo de fazer promoção de saúde das populações em questão, com foco em suas crenças e usos de cuidados com base na sabedoria popular. Os agravos que acometem tais indivíduos também devem ser compreendidos de forma diferenciada em relação as pessoas do meio urbano. Os trabalhadores da saúde necessitam se apropriar do modo de vida da população com a qual vão trabalhar. Com isso, poderão construir as ações que levem a superar os problemas que são enfrentados no meio rural.

O Observatório, que buscou uma amostra das situações dessas populações em nove territórios, é apenas uma pequena revelação das inquietudes e também dos trabalhos em saúde que acontecem em relação à PNSIPCFA. Percebemos que há ainda muito que avançar, pois a luta pela implementação da política precisa sensibilizar os gestores da existência da Política e as estratégias propostas em cada um de seus eixos. A luta por mais espaços na formação dos trabalhadores da saúde

para que possam ter disciplinas voltadas para conviver com a realidade que vão trabalhar, ainda durante seu período de estudos na Universidade, melhorando a compreensão e a possibilidade de construir um trabalho com participação e com base nas necessidades da comunidade em que vão atuar.

Existe também o interesse das populações por um olhar de respeito e de valorização pelas suas práticas, pelo cuidado e pela preservação do uso das plantas medicinais, como nas rezas, benzimentos, etc.

Dessa forma, ter contribuído para construção de uma política nesse âmbito significa esforço, mas também reconhecimento da organização das mulheres camponesas, ou seja, trata-se de grande aprendizado com valor incontestável. Assim, continua valendo, para as camponesas que lutam por uma agricultura camponesas agroecológica, a frase: Fortalecer a Luta em defesa da Vida. Todos os dias!

CAPÍTULO 3

Reflexões teóricas e metodológicas na produção de uma ciência emancipatória à luz da ecologia de saberes

Fernando Carneiro Ferreira
Vanira Matos Pessoa
Carlos André Moura Arruda
Cleber Adriano Rodrigues Folgado

O Brasil é um país com grande diversidade regional, cultural, econômica e ambiental. Apresenta, também, diversos grupos populacionais, como: indígenas, ribeirinhos, quilombolas, pescadores, marisqueiras, camponeses, quebradeiras de coco, seringueiros, populações de fundo e de fecho de pasto, dentre outros grupos, que têm um modo de vida integrado à natureza, em que predomina uma relação de trabalho diferenciada.

Esses habitantes residem em florestas, em comunidades rurais, às margens dos rios e dos mares, em lugares normalmente distantes dos centros urbanos e lutam para preservar tanto um modo de vida tradicional e seus territórios, quanto para garantir o acesso às políticas públicas. Não são grupos homogêneos, mas representam a diversidade, a singularidade, o local, o território, a particularidade, a pluralidade em várias dimensões: espirituais, históricas, culturais e étnicas, que as caracterizam como populações que precisam ser consideradas como sujeitos.

Dessa forma, realizar pesquisas em saúde coletiva, considerando os contextos e as singularidades das populações do campo, da floresta e das águas, significa estabelecer relação com os movimentos sociais. Esses contatos precisam de diálogos, de colaboração, de cooperação, de abertura, de reconhecimento de saberes entre pesquisadores e militantes para que se avance na concepção de pesquisas.

Destacamos que a complexidade ambiental de onde emanam as problemáticas atuais, a partir do modelo simplificador de ciência, fragmentado em disciplinas, amplifica o desafio de pensar a crise com o próprio conhecimento em

crise (LEFF, 2001).

A identificação do problema, cerne do conhecimento científico como destruidor da natureza, que é a separação sujeito/objeto e a tentativa de criar e de desenvolver um método que supere essa visão, pode vir a contribuir sobremaneira para a sustentabilidade do planeta.

Em sendo assim, é preciso reconhecer a insuficiência da ciência moderna pelos seus princípios para avançar em pesquisas participativas, com integração horizontal de sujeitos, considerando que a principal característica dessa linha científica é a separação entre sujeito e objeto de pesquisa. Também é essencial a visão de homem e de mundo que perpassam os saberes abissais – isto é, a compreensão da integração ser humano e do ambiente – é responsável pela forma cuidadosa e respeitosa de intervenção no mundo (COUTINHO; ALENCAR, 2012 apud SANTOS, 2010).

Santos (2010), Morin (2010) e Leff (2001) anunciam a crise do paradigma hegemônico do pensamento clássico e propõem uma reforma do pensamento, ou o pensamento complexo, como dito por Morin, ou o paradigma emergente, como sugere Boaventura de Sousa Santos.

Na visão desses autores, parte dessa crise tem relação com as "por que" e "como" fazemos Ciência (SANTOS, 2010). Dentre os desafios existentes no cenário mundial está a corrida da produção técnico-científica impulsionada pela necessidade de se produzir conhecimento que seja capaz de gerar lucros que são acumulados por algumas poucas corporações. Esse processo resultou em danos ao ambiente e à saúde como um todo, com intensa degradação do planeta e dos bens da natureza, denunciada pelo movimento ambientalista, a partir da segunda metade do século XX, e a uma crise de valores sociais e das sociedades científicas.

Esse contexto traz à tona uma reflexão para os envolvidos com a produção do conhecimento, sobretudo no campo da Saúde: "como superar o paradigma positivista hegemônico?" (COUTINHO; ALENCAR, 2012). Morin (2010) sugere que é necessário combater a tentativa de eliminação do sujeito com pretensões de objetivação da realidade, que é um dos pilares da ciência clássica, com o princípio que promova uma nova transdisciplinaridade. O autor reforça que a "[...] separação sujeito/objeto é um dos aspectos essenciais de um paradigma mais geral de separação/redução" (MORIN, 2005, p.138).

Dessa forma, Santos (2009) afirma que a ciência moderna possibilitou a consagração como sujeito epistêmico, contudo retirou o sujeito empírico, que, por ser exterior, tornou-se um objeto, sendo, portanto, a base desta ciência a

distinção dicotômica entre sujeito e objeto. Para o autor, "[...] a ciência moderna existe num equilíbrio **delicado, entre a relativa ignorância do objeto do conhecimento e a relativa ignorância das condições de conhecimento** que pode ser obtido sobre ele". (SANTOS, 2009, p. 82, grifo nosso). Refere, ainda, que a separação entre sujeito e objeto do conhecimento se dá, portanto, num processo de cumplicidades não reconhecidas.

Resultante da luta histórica por saúde no Brasil, os movimentos sociais do campo, da floresta e das águas[1], por meio do Grupo da Terra instituído no Ministério da Saúde, conseguiram a publicação da política nacional de saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas (PNSIPCFA) em 2011. Na sequência, foi criado um observatório da referida política, sendo uma das suas ações o desenvolvimento de uma pesquisa avaliativa da implantação da política nacional de saúde integral para as populações do campo e da floresta (PNSIPCFA) em distintos cenários do Brasil.

Considerando o exposto, acima descrito, este artigo objetiva apresentar o itinerário metodológico da pesquisa avaliativa dessa política realizado pelo Obteia – teias de saberes e práticas, no intuito de desenvolver alguns passos em direção ao paradigma emergente, que sugere a ruptura sujeito/objeto de pesquisa.

Pressupostos teórico-metodológicos da pesquisa

Santos (2009) destaca que os métodos científicos são consubstanciados, como argumentos cuja sequência e a técnica de apresentação são da competência do cientista, sendo, portanto, o conhecimento científico, intrinsecamente pessoal. Tomando como base os ensinamentos de Michel Polanyi (1962) e Paul Feyerabend (1982), Santos (2009) pondera que:

> [...] os métodos científicos, tal como a filosofia da ciência os define, são um resumo árido e deturpador da utilização concreta de métodos feita por cientistas concretos. Os métodos são ambíguos, e o seu uso é aceite apenas com base em muitas premissas de assentimento no seio da comunidade científica, as quais constituem

[1] A Saúde do Campo, da Floresta e das Águas é uma denominação não acadêmica, mas sim um conceito e uma identidade construída pelos próprios movimentos que participaram da construção da PNSIPCFA.

> a “componente tácita” do conhecimento. Pode, assim, concluir-se que a **verdade científica é uma ‘verdade fiduciária’ baseada na determinação da credibilidade dos cientistas e da genuinidade das suas motivações** (SANTOS, 2009, p.101, grifo nosso).

O autor evidencia como o uso das metodologias da antropologia cultural e social foram articuladas, de um lado, e, por outro, como as metodologias da sociologia, com vistas a harmonizar, em certa medida, evidenciam a distinção epistemológica entre sujeito e objeto. Assim, ele afirma que:

> Na antropologia, a distância empírica entre sujeito e objeto era enorme. O sujeito era o antropólogo, o europeu “civilizado”, o objeto era o povo “primitivo” ou “selvagem”. Neste caso, a distinção, empírica e epistemológica, entre o sujeito e objeto era tão gritante que a distância teve de ser encurtada através do uso de metodologias que obrigavam a uma maior intimidade com o objeto, nomeadamente o trabalho de campo etnográfico e a observação participante. Na sociologia, pelo contrário, era pequena ou mesmo nula a distância empírica entre o sujeito e o objeto: eram cientistas “civilizados” a estudar seus concidadãos. Neste caso, a distinção epistemológica obrigou a que esta distância fosse aumentada através do uso de metodologias de distanciamento: por exemplo, os métodos quantitativos, o inquérito sociológico, a análise documental e a entrevista estruturada (SANTOS, 2009, p. 82).

O autor reexamina a distinção entre sujeito e o objeto de forma a aprofundar o que ocasionou e refere que esse processo reforçou a distinção entre o humano e o não humano epistemológico, sendo que o último pode ser tanto a natureza quanto a sociedade, conforme explicita Santos (2009). O autor propositor e defensor de um conhecimento emancipação reforça que:

> Esta desumanização do objeto foi crucial para consolidar uma concepção do conhecimento instrumental e regulatória, cuja forma do saber era a conquista do caos pela ordem. Do ponto de vista do **conhecimento emancipatório, a distinção entre sujeito e objeto é um ponto de partida nunca um de chegada. Corresponde ao momento da ignorância, ou colonialismo, que é nada mais nada**

> **menos do que a incapacidade de estabelecer relação com o outro a não ser transformando-o em objeto. O saber enquanto solidariedade visa substituir o objeto-para-o-sujeito pela reciprocidade entre sujeitos** (SANTOS, 2009, p.83, grifo nosso).

O autor, ainda, assume uma postura ética de que no conhecimento emancipação, a união e a integração do pesquisador e objeto de estudo são aspectos relevantes e presentes para se enfrentar os grandes desafios que estão postos para a humanidade. Essa visão aproxima e redireciona o método de forma radicalmente diferente do que está em vigência no paradigma hegemônico. Assume, portanto, um compromisso com uma ciência pautada na legitimidade do ser humano e nas suas criações comprometidas com a vida.

O autor aprofunda o debate acerca do método científico, apontando que:

> A crítica do método não pode ser feita sem uma crítica do estilo. Nem o estilo é apenas o hábito, nem o método é apenas o monge. Ambos são as duas coisas. **Contudo, a crítica do método científico não tem sido igualada por uma crítica do estilo científico, quer quanto ao discurso, quer quanto ao comportamento e atitudes.** Isto deve-se, provavelmente, ao facto de que a crítica da ciência tem sido feita, sobretudo, por cientistas que escrevem em revistas científicas, normalmente com violações do método que com violações do estilo (SANTOS, 2014, p.125, grifo nosso).

Esses aspectos aprofundados por Santos (2009; 2014) trazem uma leitura histórica do estabelecimento da ciência moderna, como se concretizou a sua hegemonia, reconhecendo a necessidade de crítica e apontando novas possibilidades, a exemplo do conhecimento emancipação. Destaca Santos (2014), que desde o século XVII, no continente europeu, o discurso erudito tem travado uma

> [...] guerra santa contra o discurso poético e contra o seu dispositivo mais importante, a metáfora. Daí que pouca gente, hoje em dia, cultive metáforas nos seus jardins. A uns faltam as sementes, a outros os utensílios; a maior parte não tem sequer jardins (SANTOS, 2014, p.125).

O autor avança no seu pensamento postulando que a literatura e a ciência

transformam, ambas, os fatos empíricos em artefatos, apesar das construções se darem de formas bem diferentes (SANTOS, 2014). Com efeito, destaca que:

> [...] essa diferença se baseia numa semelhança igualmente crucial, ou seja, no fato de tanto **a literatura como a ciência possuírem estruturas construtivas próprias para darem conta do mundo**. Num período de transição paradigmática faz todo o sentido acentuar (e clarificar) a semelhança em lugar da diferença (SANTOS, 2014, p.107, grifo nosso).

Na tentativa de clarificar as semelhanças, o autor apresenta como foram desenvolvidos pela teoria literária e pela epistemologia os "tipos ideais", entre aspas, conforme ele mesmo escreve, em ambas. Com base no exposto, sustenta que a formação científica é descontínua tanto no momento em que ocorre, quanto em que é recordada, e justamente por isso "[...] qualquer texto escrito constitui sempre uma ponte entre (pelo menos) dois tempos" (SANTOS, 2014, p.119). Precisamente "[...] é uma ponte entre diferentes percepções, cuja relação entre si chamamos identidade" (SANTOS, 2014, p. 119).

Ocorre também a existência, nessas sociedades, de conhecimentos não científicos e não ocidentais nas práticas cotidianas das populações. Nessa perspectiva, o autor assinala que a utopia do "[...] interconhecimento é aprender outros conhecimentos sem esquecer os próprios" (SANTOS, 2010, p. 56).

Ainda de acordo com o mesmo autor, o uso da ciência moderna, portanto, deve acontecer num contexto de exploração desses limites internos e externos, que só faz sentido num âmbito da ecologia de saberes, compreendendo o conhecimento como intervenção no real e não o conhecimento como representação do real.

> Todos os conhecimentos sustentam práticas e constituem sujeitos. Todos os conhecimentos são testemunhais porque o que conhecem sobre o real (a sua dimensão ativa) se reflete sempre no que dão a conhecer sobre o sujeito do conhecimento (a sua dimensão subjetiva). Ao questionarem a distinção sujeito/objeto, as ciências da complexidade dão conta deste fenômeno, mas confinam-no às práticas científicas. A ecologia de saberes expande o caráter testemunhal dos conhecimentos de forma a abarcar igualmente as relações entre o conhecimento científico e não-científico, alargando deste modo o alcance da intersubjetividade como

> interconhecimento e vice-versa (SANTOS, 2010, p. 58).

Frisamos que lidar com as contradições e complementaridades entre os diferentes sistemas de conhecimentos é essencial numa ecologia de saberes. Santos (2010, p. 60) afirma, nesse sentido, que a ecologia de saberes está assentada "na ideia pragmática de que é necessária uma reavaliação das intervenções e relações concretas na sociedade e na natureza que os diferentes conhecimentos proporcionam".

Ao lado disso, a ecologia de saberes se centra nas relações entre saberes, nas hierarquias que se geram entre eles. O autor aponta que nenhuma prática concreta seria possível sem essas hierarquias. Contudo, são dependentes do contexto, à luz dos resultados concretos pretendidos ou atingidos pelas diferentes formas de saber (SANTOS, 2010). Ainda, reforça a necessária análise das potencialidades epistemológicas com vistas a restabelecer as energias emancipatórias. Para tal, defende a procura por um desequilíbrio dinâmico que penda para a emancipação, sugerindo, assim, uma assimetria que sobreponha a emancipação à regulação.

O paradigma da modernidade, conforme assinala Santos (2009), comporta duas formas principais de conhecimento – emancipação e regulação. Para o autor, ambos os conhecimentos consistem numa trajetória entre um estado de ignorância e um estado de saber.

Santos (2009) designa o estado de ignorância como colonialismo e o estado de saber como solidariedade no conhecimento emancipação. Já no conhecimento regulação, o estado de ignorância é designado como o caos, e o estado de saber como ordem, que deveriam se articular em equilíbrio dinâmico, segundo os termos do paradigma da modernidade. Contudo, a imposição da racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da tecnologia às racionalidades moral e prática e a estético expressiva levou à primazia do conhecimento regulação sobre o conhecimento emancipação, em que a ordem transformou-se na forma hegemônica do saber e o caos na forma hegemônica de ignorância, o que permitiu uma recodificação do conhecimento-emancipação pelo conhecimento-regulação conforme seus próprios termos. Isso quer dizer que:

> [...] o estado de saber do conhecimento-emancipação passou a estado de ignorância no conhecimento-regulação (a solidariedade foi recodificada como caos) e, inversamente, a ignorância no conhecimento-emancipação passou a estado de saber no conhecimento-regulação (o colonialismo foi recodificado como ordem) (SANTOS, 2009, p.79).

Considerando o excesso de regulação, que já tem aproximadamente duzentos anos, haveria que se buscar um caminho que instaurasse uma dialética positiva com o pilar da emancipação, tendo em vista que dos três princípios da regulação (mercado, Estado e comunidade), o último permaneceu negligenciado nos duzentos anos passados.

Para o autor, o Estado e o mercado foram colonizados pela racionalidade cognitivo-instrumental da ciência moderna, ao passo que "o princípio da comunidade resistiu a ser totalmente cooptado pelo utopismo automático da ciência, por isso pagou duramente com a sua marginalização e esquecimento" (SANTOS, 2009, p. 75). Por consequência, esse princípio permanece aberto a novos contextos. O autor reforça duas dimensões do princípio da comunidade, a saber: a solidariedade e a participação, que foram somente parcialmente colonizados pela ciência moderna.

Ele ainda afirma que em relação à participação a colonização se deu "[...] no contexto do que a teoria política liberal definiu, de forma bastante rígida, como sendo a esfera política (cidadania e democracia representativa)" (SANTOS, 2009, p. 75). O autor reforça também que a participação continuou a ser uma competência não especializada e indiferenciada da comunidade em muitos outros domínios da vida social.

Em relação à dimensão da solidariedade, a colonização ocorreu de forma incompleta nos países capitalistas desenvolvidos por meio das políticas sociais do Estado-Providência. O autor destaca que na esmagadora maioria dos Estados-nação a solidariedade comunitária não especializada, designada como sociedade-providência, continua a ser a forma dominante de solidariedade.

A outra potencialidade epistemológica reside na racionalidade estético-expressiva, alicerçada nos conceitos de prazer, de autoria e de artefactualidade discursiva, que também foi mais resistente à colonização da racionalidade cognitivo-instrumental. A urgência de reavaliação, revalorização e reinvenção do conhecimento-emancipação concede a primazia sobre o conhecimento-regulação. Ele reivindica, portanto, a transformação da solidariedade na forma hegemônica de saber, e, por outro lado, sugere que se aceite certo nível de caos decorrente da negligência relativa do conhecimento-regulação. Por fim, assinala que a aceitação e a revalorização do caos, que já vem acontecendo, são estratégias epistemológicas que tornam possível desequilibrar o conhecimento a favor da emancipação.

Dessa forma, autorreforça que o caos convida a um conhecimento prudente. Contudo, reconhece que a prudência, como atitude epistemológica, é de difícil

execução. O princípio da prudência exige que:

> [...] perante os limites da nossa capacidade de previsão, em comparação com o poder e a complexidade das práxis tecnológicas, privilegiemos perscrutar as consequências negativas desta em detrimento das suas consequências positivas (SANTOS, 2009, p. 81).

Santos (2009) recomenda a revalorização da solidariedade como uma forma específica de saber que se conquista sobre o colonialismo e como outra estratégia epistemológica a favor do conhecimento emancipação. Reforça, nesse contexto ainda, que:

> A solidariedade é o conhecimento obtido no processo, sempre inacabado, de nos tornarmos capazes de reciprocidade através da construção e do conhecimento da intersubjetividade. A ênfase na solidariedade converte a comunidade no campo privilegiado do conhecimento emancipatório (SANTOS, 2009, p. 81).

O mesmo autor, também, alerta que é essencial caminhar pela via da negação crítica para constituir avanços na transição paradigmática, tendo em vista a compreensão da hegemonia do conhecimento-regulação, o qual considera, no contexto atual, a solidariedade como uma forma de caos, e o colonialismo como forma de ordem.

A pesquisa feita no Obteia tomou como base os ensinamentos de Boaventura e buscou exercitar a ecologia de saberes amparada no pensamento pós-abissal como uma possibilidade de prática de pesquisa com as populações do campo, da floresta e das águas. Somam-se aqui também outras metodologias que advém de diferentes pensadores, mas que dialogam diretamente com a matriz lógica dos ensinamentos do autor citado.

Em outras palavras, é possível afirmar que o elemento central no processo de pesquisa realizado nos territórios foi a capacidade de nos tratar, todos, como sujeitos na busca de produção de conhecimento para transformação da realidade estudada, a fim de construir processos de organização e luta por saúde e qualidade de vida nos territórios trabalhados.

Portanto, os diversos instrumentos utilizados no processo de conhecimento carregam entre si mais que meras semelhanças, trazem uma carga principiológica comum que buscou, mesmo com diversas limitações, contradições e

conflitos, estabelecer solidariedade entre os diversos conhecimentos, tanto na forma quanto no conteúdo, evitando qualquer padronização, mas pelo contrário, valorizando a diversidade como elemento forte para construção de processos unitários para superação dos desafios identificados coletivamente.

A pesquisa no Obteia – Teia de Saberes e Práticas

O Obteia foi criado em 2011 para acompanhar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e contribuir com sua avaliação por meio de uma Teia de Saberes e Práticas, que envolve intelectuais engajadas/os, pesquisadoras/es populares dos movimentos sociais, gestoras/es e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Teia reúne um conjunto singular de sujeitos no intuito de construir análises da situação das políticas de saúde no campo, na floresta e nas águas e contribuir para o planejamento das ações que visem a implantá-las definitivamente no SUS. É de se perceber de que se trata de sujeitos-indivíduos, mas também de sujeitos-coletivos, personificados nas organizações e nos movimentos sociais.

O Observatório priorizou os seguintes objetivos, a saber: a) avaliar e construir indicadores; b) utilizar novos métodos de análise; c) desenvolver pesquisas quantitativas e qualitativas; e, d) ser, também, uma ferramenta que contribua com as lutas cotidianas dos movimentos sociais, acadêmicos e profissionais do SUS para que as populações do campo, da floresta e das águas tenham uma saúde com qualidade de vida.

A fim de cumprir seus objetivos, o Obteia, que tenciona para a gestação de um novo conhecimento que seja solidário e emancipatório para os envolvidos no processo, criou uma estrutura diferente da maioria dos observatórios acadêmicos. Assim, o Observatório está constituído de três espaços distintos de organização, são eles: comitê gestor, grupo executivo e a Teia de Saberes e Práticas.

Os sujeitos que integram esses espaços distintos de organização são: acadêmicos, movimentos sociais e o SUS. Em todas as instâncias são realizados debates teóricos e políticos com implicações práticas. Em relação aos representantes do SUS, o ator principal de articulação tem sido os gestores do sistema de saúde, principalmente no âmbito federal, com integração dos técnicos do Ministério da Saúde.

O conselho gestor está composto por movimentos sociais que foram indicados pelo Grupo da Terra, sendo escolhidos os seguintes: Movimento das Mulheres Camponesas (MMC); Movimentos dos Atingidos por Barragens

(MAB) e Federação dos Trabalhadores da Agricultura Familiar (Fetraf). Dessa forma, somam-se, nesse espaço, duas instituições acadêmicas, a Fiocruz e a UnB; e o Ministério da Saúde, por meio do Dagep.

O grupo executivo está composto por uma equipe que reúne pesquisadores com diferentes formações, seja do ponto de vista acadêmico, seja do ponto de vista do espaço de atuação. Ocupam esse espaço, portanto, militantes de movimentos sociais com diferentes focos de atuação que vão desde a democratização da comunicação até a luta pela terra e a organização da produção camponesa de alimentos; gestores e profissionais do SUS.

A dinâmica de funcionamento adotada pelo grupo garante um rico debate que tem gerado processos de construção coletiva. Trata-se, então, não de um mero lugar de execução como o nome sugere, mas sim de um espaço de sistematização, reflexão e formulação coletiva.

A Teia de Saberes e Práticas está composta por diversos pesquisadores acadêmicos que estudam algum tema relacionado à saúde no campo, na floresta e nas águas. E, nesse espaço, o Obteia inovou apresentando o pesquisador popular, que é esse sujeito, alguém que mora no território a ser pesquisado e que conduz a pesquisa em articulação com o pesquisador acadêmico, recebendo uma bolsa de pesquisa de igual valor. Tal espaço contribui de forma significativa para garantir o diálogo com os elementos científicos sem "tirar o pé do chão", de modo que o conhecimento popular está em pé de igualdade no debate e na reflexão do território.

Temos exercitado nesses três grupos a promoção do diálogo e debatido acerca de saberes e de metodologias que dispomos, de maneira a apresentar resultados que representem os anseios dos movimentos sociais, formuladoras/es das políticas públicas e pesquisadoras/es. Temos nos esforçado coletivamente com vistas a valorizar e reconhecer as potencialidades e os limites da ciência na aproximação com a realidade sem, contudo, desprezar o saber científico das diversas áreas do conhecimento e as interfaces desses com os saberes e práticas oriundos dos movimentos sociais e comunidades. O diálogo nem sempre é fácil. Ainda que muitos de nós não queiramos, nossas práticas, muitas vezes, estão contaminadas com os vícios do academicismo, do individualismo e de tantos outros "ismos" que tornam o diálogo mais limitado. Porém, perceber e ter consciência dessas limitações e vícios é o que tem garantido a fluidez do diálogo entre o conjunto de sujeitos.

Trata-se, portanto, de não menosprezar nenhuma forma de conhecimento, mas sim de buscar o diálogo entre ambos a fim de promover processos que beneficiem

os territórios pesquisados, seja do ponto de vista organizativo, seja do ponto de vista de implementação da própria PNSIPCFA. Sendo assim, é possível perceber que o método utilizado não se deteve a "receitas" de manuais de metodologia de pesquisa, mas buscou construir princípios metodológicos com base na realidade concreta de cada território, procurou realizar as adaptações necessárias que possibilitavam a aplicação dos princípios coerentes com a Ecologia de Saberes.

Um desses norteadores pode ser sintetizado no pesquisar COM, ou seja, não se realiza o estudo PARA o outro e tampouco SOBRE o outro, mas COM o outro, de modo que as comunidades não figuram como objeto, mas como sujeitos, e não só da pesquisa, mas sujeitos do processo provocado ou mesmo intensificado com a realização da pesquisa. O estudo, portanto, tornou-se um elemento componente de um conjunto processual de luta e de resistência em torno do tema saúde, e a grande novidade talvez tenha sido apenas impulsionar tais processos e registrá-los de forma a construir subsídios para a qualificação da política.

Métodos como a pesquisa participante, pesquisa-ação, educação popular, etnografia ativista, extensão popular, pesquisa militante, dentre outros tantos são os termos, as formas e as consignas para expressar o anseio e o compromisso de pesquisadoras/es, professoras/es, profissionais e integrantes de movimentos sociais em contribuir efetivamente para a transformação de uma realidade social marcadamente desigual (BRINGEL; VARELLA, 2014).

Vale destacar que nesse processo de definição do referencial teórico a ser adotado pelo Obteia e, portanto, para a pesquisa, muitos debates, alguns bem acalorados, foram realizados. Um dos pontos mais cruciais esteve relacionado à questão da ecologia de saberes. Como a maioria dos movimentos sociais envolvidos no processo são de formação marxista, em dado momento, a reflexão por parte de alguns, em especial do MST, apontou dúvidas se a ecologia de saberes era o melhor referencial a ser adotado, visto que alguns apontavam como uma construção pós-moderna, o que dificultaria o diálogo com as concepções e as metodologias de base marxista, podendo, assim, gerar conflitos que impedem o alcance dos objetivos propostos para o Observatório e à pesquisa.

Tal inquietação proporcionou um importante processo de reflexão e de estudo em relação ao tema "ecologia de saberes", de modo que se chegou à compreensão de que a ecologia de saberes dialogava sem problemas com os diversos elementos referenciais e metodológicos adotados pelos movimentos, à medida que a ecologia de saberes propunha, como referencial metodológico para a realização da pesquisa, a superação e a dicotomia sujeito-objeto, buscando, portanto, tornar o conjunto de sujeitos envolvidos na pesquisa como sujeitos

protagonistas do processo em seu conjunto.

Essa perspectiva aponta então para a emancipação dos sujeitos explorados e oprimidos, dialogando diretamente com os pressupostos marxistas. Além disso, outros referenciais como, por exemplo, o de Paulo Freire e o da pedagogia do oprimido, dialogam, sem problemas, com a ecologia de saberes. Afinal, ambas buscam dar voz aos sujeitos historicamente marginalizados; não só devolvendo-lhe a voz, mas também proporcionando que seus métodos e conhecimentos sejam devidamente valorizados no processo de construção de conhecimentos.

Dessa forma, o debate se tornou válido em torno da questão que antes se apresentava como problema. Assim, após reflexão cautelosa e tomada de decisões amadurecidas, tornou-se elemento forte da práxis realizada. Logo, provar que fazer COM não só é socialmente necessário, mas também cientificamente possível, tem sido a melhor forma de ultrapassar as barreiras impostas pelo atrasado modelo do fazer PARA e do fazer SOBRE.

Ressaltamos que ao longo da história latino-americana, esse anseio esteve presente nos espaços de educação formais, não formais e informais e, mesmo que minoritariamente, no processo de construção de nossas Universidades, gerando contribuições teóricas e práticas que propiciaram a compreensão de conjunturas complexas e a produção de conhecimentos e ações significativas para a transformação social (BRINGEL; VARELLA, 2014). Nosso processo metodológico é herdeiro dessa história.

Os processos da pesquisa no Obteia

O Obteia realizou, entre os anos de 2012 a 2015, oficinas com pesquisadoras/es sobre o tema, representantes de movimentos sociais e integrantes do SUS que compõem a Teia de Saberes e Práticas, para definir em espaços participativos uma série de ações, dentre elas, as de pesquisa.

As Oficinas da Teia de Saberes e Práticas

As oficinas foram realizadas em quatro momentos distintos, sendo uma em Fortaleza (2013 – 29 participantes), duas em Brasília (2013 – 26 participantes e 2014 – 17 participantes), e outra em Goiânia (2015 – 67 participantes) com o objetivo de discutir prioritariamente os princípios/pressupostos metodológicos da pesquisa e socializar o andamento das atividades do Obteia. Em síntese, as

oficinas problematizaram no que tange à pesquisa:

1ª Oficina – a necessidade de desenvolvimento de pesquisa no âmbito do SUS a ser operacionalizada pelo Obteia.

- Como o Sistema Único de Saúde (SUS) responde as necessidades de saúde da População do Campo e da Floresta na perspectiva dos movimentos sociais, gestores e academia?
- Quais indicadores (qualitativos e quantitativos) podem ser definidos a fim de analisar a situação de saúde das populações do campo e da floresta?
- Que processos coletivos de produção do conhecimento poderíamos construir para subsidiar o SUS na resposta às necessidades de saúde das populações do campo e da floresta?

Figura 1: 1ª Oficina do Obteia, Fortaleza, 2013

Fonte: Arquivo fotográfico do Obteia

2ª Oficina – escolha dos territórios de pesquisa com base em critérios

Lista de potenciais critérios para a escolha dos territórios:

- Movimento social organizado
- Gestores comprometidos
- Áreas de conflito
- Pesquisadores engajados e populares disponíveis para o desenvolvimento da pesquisa, bem como que já atuem no território. Outrossim, que conheçam o contexto histórico do referido território
- Territórios do norte e nordeste

- Componentes da PNSIPCFA implantados
- Visibilidade às situações ainda não investigadas/pesquisadas

Figura 2: 2ª Oficina do Obteia, Brasília, 2013

Fonte: Arquivo fotográfico do Obteia

3ª Oficina – Discussão e planejamento de métodos de pesquisa para o desenvolvimento de estudos em territórios selecionados no Brasil com foco na saúde das populações do campo, da floresta e das águas.

- Quais seriam os municípios e comunidades da pesquisa?
- Os princípios sugeridos são suficientes?
- Como a pesquisa poderia ser desenvolvida nos territórios?

Figura 3: 3ª Oficina do Obteia, Brasília, 2014

Fonte: Arquivo fotográfico do Obteia

4ª Oficina – avaliação e apresentações dos resultados das pesquisas de campo de cada território e identificação das necessidades e das condições de saúde das populações estudadas.

Figura 4: 4ª Oficina do Obteia, Brasília, 2014

Fonte: Arquivo fotográfico do Obteia

A operacionalização das oficinas se deu a partir da identificação das necessidades e condições de saúde das populações estudadas, considerando: o que ameaça e promove a vida nos territórios; discussão das principais questões da pesquisa para a política; indicadores de avaliação e desdobramentos metodológicos.

Nessas oficinas, foram elaborados alguns princípios metodológicos para a realização da pesquisa que apresentamos a seguir. Assim, o objetivo é:

a) Garantir a participação de pesquisadoras/es e dos movimentos sociais em todas as fases de desenvolvimento da pesquisa.
b) Incluir movimentos sociais e pesquisadoras/es que já estão articulados e desenvolvendo atividades conjuntas nos territórios.
c) Levar em conta lugares em que existem conflitos socioambientais, organização política dos movimentos sociais e parceria com a gestão do SUS para definição dos grupos de pesquisa envolvidos.
d) Gerar processos formativos com proposição de indicadores e de metas de

territorialização das ações, entender demandas locais, diagnósticos de saúde e ações de formação.

e) Levantar Indicadores (indica-ação) de Bem-viver – "vigilância popular em saúde" – destacando o que promove e o que ameaça a vida.

Com base nesses pressupostos, foram elaborados os critérios para escolha dos territórios da pesquisa (aprovados na 2ª oficina do Obteia e nas reuniões do Comitê Gestor do Observatório). Os territórios em que as pesquisas foram desenvolvidas deviam ter um agrupamento das caraterísticas já citadas como produto da 2ª oficina.

Os territórios da pesquisa

A primeira parte da pesquisa envolveu a definição do território e a integração do/a pesquisador/a acadêmico/a e popular que atuaram e compuseram a teia de pesquisa. A metodologia tinha o objetivo de estabelecer relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto de pesquisa.

Os territórios da pesquisa foram então definidos considerando os pressupostos e os critérios descritos acima. Dessa forma, foi realizada uma escolha quanto ao referencial de território que seria adotado como base conceitual como "[...] espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável" (BRASIL, 2013, p. 23).

Foram selecionados nove territórios, sendo três na região Nordeste (Submédio do Vale do São Francisco, que compreende os municípios de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA), Ilha de Maré no município de Salvador (BA) e o município de Tauá (CE); na região Norte foram selecionados dois territórios do Bico do Papagaio (Babaçulândia e Filadélfia) (TO) e o Arquipélago do Marajó no município de Melgaço (PA); na região Centro-Oeste foi selecionado o município de Rio Verde (GO); na região Sudeste o município de Grão Mogol no Norte de Minas Gerais (MG) e o Quilombo do Campinho no município de Paraty (RJ); na região Sul o município de Nova Santa Rita (RS) (Figura 5).

Em cada território, uma organização ou movimento social esteve à frente da articulação com as comunidades pesquisadas (vide o mapa com as respectivas bandeiras dos movimentos). E, em geral, o pesquisador popular mantém vínculos com tal organização ou movimento, que possui representação e interlocutores no Grupo da Terra. Os movimentos presentes nos territórios foram: Movimento dos Atingidos por Barragem (MAB); Federação dos Trabalhadores na Agricultura

(Fetraf); Movimento de Pequenos Agricultores (MPA/Via Campesina;) Movimento de Pescadores e Pescadoras (MPP); Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq); Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS); Movimento Sem Terra (MST); Comissão Pastoral da Terra (CPT). Federação dos Trabalhadores Rurais (Fetraece/Contag).

Figura 5: Territórios de estudo e entidades vinculadas aos pesquisadores populares e acadêmicos do Obteia, julho, 2015

FONTE: Obteia, 2016

Perfil dos municípios da pesquisa

A segunda parte constou de análise de contexto de cada território/comunidades, incluindo dados sociodemográficos, saúde (vigilância, cobertura de serviços, dados de morbimortalidade, violência contra a mulher, intoxicação por agrotóxicos, etc.), de produção, ambientais, organização social, e outros que contribuam para a caracterização das comunidades.

Essa análise de contexto foi pactuada nas oficinas com a Teia e consistiu na realização de um perfil dos municípios selecionados. Para isso, foram realizados levantamentos em bases de dados tais como: Datasus, INSS, IBGE, Mapa de

Injustiça Ambiental, Ipea, dentre outras, com objetivo de levantar dados e informações acerca da população das regiões da pesquisa. Foram realizados recortes socioeconômicos, demográficos, indicadores de saúde, além do mapeamento e registro dos conflitos socioambientais, violências existentes no campo, questões relativas aos agrotóxicos, entre outras.

Após essa etapa de busca em bancos institucionais, foram elencados os principais problemas evidenciados. Os dados foram tabulados em planilha de Excel e apresentados em forma de gráficos, tabelas por estados, regiões, tipo de agravo, especificidades, dentre outros.

Esses dados foram apresentados em forma de relatório para possibilitar a visualização do contexto das áreas a serem pesquisadas. Para essa parte, as/os pesquisadoras/es contaram com o apoio direto do grupo executivo do Obteia. Esses estudos documentais subsidiaram os pesquisadores populares e acadêmicos com informações existentes como uma estratégia de disponibilizar informações secundárias, complementares sobre o território.

Os pesquisadores da pesquisa

Como se trata de uma pesquisa de metodologia participativa, ou seja, a proposta é pesquisar "com" e não somente "sobre", foi destacada a necessidade de formação de um grupo de pesquisa por território formado por: um/a pesquisador/a acadêmico/a, um/a pesquisador/a popular, um/a representante da equipe de acompanhamento da UnB e do Dagep.

Os pesquisadores populares são moradores dos territórios e atuam diretamente neles, de modo que grande parte das problemáticas levantadas e das alternativas já presentes nos territórios é fruto da atuação das organizações locais, da própria organização da comunidade local, em que o pesquisador popular também se insere como sujeito dos processos de cada um dos territórios.

O grupo de pesquisadores acadêmicos estão vinculados às instituições de pesquisa que têm ações no território e foram indicados pelos movimentos sociais. É bastante heterogêneo, com destaque para atuação em pesquisas sobre saúde coletiva, agrotóxicos, agroecologia, sociologia, extrativismo na Amazônia, saúde do trabalhador, justiça ambiental, saúde e ambiente, saneamento ecológico e saúde bucal. Assim, estão vinculados às Universidades Federais (Univasf, UFBA, UFT), aos Institutos Federais (Breves, Rio Verde), à Fiocruz (Rio de Janeiro e Ceará), ao Hospital Federal (Porto Alegre), à Universidade Estadual (Unimontes) e à Prefeitura (que está organizando uma Escola de Saúde Pública).

O grupo de pesquisadores populares é, em sua grande maioria, composto por líderes, moradores e representantes das comunidades em que a pesquisa foi desenvolvida, com atuação em sindicatos, associações comunitárias ou vínculo direto com o movimento social que representa o território selecionado. Dentre esses sujeitos estão uma extrativista, uma camponesa atingida por barragens, uma camponesa pressionada pelo agro e hidronegócio dos pólos de irrigação da região semiárida do Brasil, uma camponesa ameaçada por projetos de mineração e pelo deserto verde, uma assentada rural no cerrado atingida pela pulverização aérea de agrotóxico, uma marisqueira, pescadora e quilombola; um líder quilombola que organiza ações de turismo solidário e um militante, assentado rural formado em geografia.

Pesquisa no território: como fazer – métodos e técnicas

A terceira parte da pesquisa teve atividades nas comunidades conduzidas pelo pesquisador popular e acadêmico com apoio de um representante do Obteia e da equipe técnica do Dagep (MS).

Para essa etapa, o Obervatório disponibilizou um Guia Metodológico orientador em que constam sugestão de métodos de pesquisa participativos, a exemplo da pesquisa-ação, da pesquisa participante, da pesquisa militante, da cartografia social, da ecologia de saberes, dentre outros. A escolha de como viabilizar a pesquisa era concebida pelo pesquisador popular e acadêmico nas comunidades, desde que fossem respeitados os princípios metodológicos da participação, da ação e da relação sujeito-sujeito na pesquisa. Nossa recomendação era que fosse organizada uma primeira oficina nos territórios para o planejamento da pesquisa envolvendo os movimentos sociais, acadêmicos e SUS. Foi sugerido a utilização de roteiros em que partimos de perguntas comuns aos territórios de pesquisa.

Considerações sobre o processo de pesquisa

O processo de pesquisa foi um dos momentos mais ricos e importantes, visto que não só materializou construções teóricas e planejamentos prévios, mas também trouxe boas e má-surpresas, evidenciando limites e apontando possibilidades em cada um dos territórios estudados.

Cabe-nos ressaltar a integração entre o SUS, os Movimentos Sociais e as Instituições de Ensino (Academia), em que se observou nos territórios o nascimento de novas vivências a partir do desenvolvimento das pesquisas. Dentre as

boas surpresas, pode-se destacar a capacidade organizativa das comunidades, ou seja, em que o grau de organização era maior, não só se tratou das questões referentes à pesquisa, mas se aproveitou do momento para fortalecer processos de luta pela saúde, participação popular e controle social.

Por outro lado, ficou evidente que em territórios com menor grau de organização não só é mais difícil o acesso às questões que se referem à saúde, como também foi mais difícil o processo de pesquisa, visto os limites de organização comunitária.

Algo que se apresentou também como elemento importante diz respeito às diferentes temporalidades, ou seja, o tempo é tratado de forma diferente a depender do território, seja em função da cultura, da região, das distâncias, do grau de organização, etc. Isso influenciou diretamente nos processos de pesquisa e se apresenta como um aspecto que deve ser levado em conta quando tratamos de uma pesquisa com nosso referencial teórico. Certos territórios foram exigidos um número bem maior de visitas prévias a fim de preparar o terreno para a oficina de planejamento da pesquisa.

Algo bastante presente diz respeito ao fato de que os sujeitos dos territórios já se encontram em diversas situações, cansados de serem objeto de pesquisa e de sequer ter acesso aos seus resultados. Isso trouxe boas possibilidades, pois o conjunto dos sujeitos exigia ser tratado como sujeitos do processo de pesquisa, de modo que o conjunto de ações pudesse diagnosticar dados, e o processo de pesquisa pudesse também contribuir para o processo de transformação local, ajudando a construir respostas concretas para os problemas identificados. A potência de nosso método rapidamente respondeu a essa dúvida. Nossa pesquisa não precisa devolver resultados como as outras, porque está pesquisando junto... e transformando realidades ao mesmo tempo. Em vários territórios, após as reuniões de planejamento da pesquisa, foram geradas agendas de compromisso do gestor de saúde com os movimentos.

O aprendizado se estendeu aos pesquisadores e apoiadores (integrantes do Observatório) no processo de desenvolvimento das pesquisas nos territórios. Aprendemos com as comunidades com base nos seus costumes e nos modos de vida. Ao lado disso, como as populações do campo, da floresta e das águas se organizam e se articulam no que tange ao acesso aos serviços de saúde. O fato dos gestores do Ministério da Saúde acompanharem todas as oficinas *in loco* foi um grande diferencial formativo. Não é prática comum que os gestores de políticas públicas tenham a oportunidade de ter contatos tão profundos com as "populações-alvo" de suas políticas.

Em síntese, o método, inspirado na Ecologia de Saberes, fez uma aposta feliz

na inteligência local territorial, ancorada na experiência de luta dos movimentos sociais, ao criar a figura do pesquisador popular. Isso foi potencializado pela utilização de um método que usou os princípios da participação e da ação como guia, um referencial cotidiano e fundamental. Somadas, essas duas estratégias, podem ter significado uma forma de operacionalização da Ecologia de Saberes na pesquisa.

Esse sucesso não quer dizer absolutamente que não houve problemas e/ou limitações, muito pelo contrário, pois justamente por se tratar de algo novo – do ponto de vista do conjunto de sujeitos envolvidos e o referencial adotado – muitas limitações se apresentaram, desde problemas com agenda, dificuldades financeiras, divergências conceituais, entre outras. Porém, o diferencial que possibilitou êxito para o processo de pesquisa em seu conjunto foi a capacidade de diálogo que os sujeitos envolvidos – movimentos sociais, gestores e profissionais do SUS e acadêmicos – tiveram para refletir sobre tais limitações e encará-las como desafios a serem superados, de modo que muitas dessas dificuldades foram de fato superadas.

Questões éticas e de relações interinstitucionais

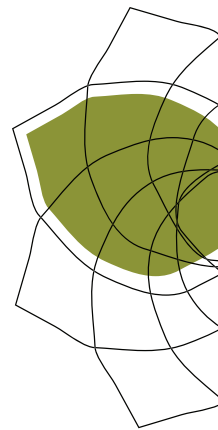
Esta pesquisa possui um projeto geral aprovado no comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB com o nome de Pesquisa avaliativa da implantação da Política Nacional de Saúde Integral para as Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) em distintos cenários do Brasil, sob o número de parecer 636.427, aprovado em seis de maio de 2014.

Para cada território, a aprovação da pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa do município. Caso ele não existisse, o Obteia solicitaria a autorização formal, por meio de um termo de anuência assinado pelo Secretária/o de Saúde, para a realização da pesquisa.

Além das preocupações éticas, contou-se com um momento de pactuação que envolveu as/os gestoras/es do SUS e as universidades envolvidas, como parte do processo da pesquisa. Um ponto de partida foi a institucionalização da relação com as universidades e os municípios pesquisados, para facilitar o trabalho e a sua continuidade. O Obteia foi responsável com o Nesp-UnB, o Ministério da Saúde e o Conasems para enviar as respectivas comunicações oficiais a todas/os as/os envolvidas/os.

2

Da invisibilidade ao desafio do direito à saúde

CAPÍTULO 4

Lutas, direitos e Estado brasileiro: diálogo entre as políticas públicas para as populações do campo, da floresta e das águas

Carlos André Moura Arruda
Vanira Matos Pessoa
Rackynelly Alves Sarmento Soares
Fernando Ferreira Carneiro
Antônio da Silva Matos

Este capítulo apresenta os resultados de um estudo produzido pelo Observatório de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (Obteia), Teia de Saberes e Prática, que buscou evidenciar as interfaces da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) com algumas políticas intra e intersetoriais tais como: políticas específicas do setor saúde, desenvolvimento social e meio ambiente.

Indagamos primeiramente: como o Estado brasileiro tem respondido às questões relativas à saúde, ao desenvolvimento social e ao ambiente, para essas populações, a fim de promover a equidade e minimizar as desigualdades?

Reconhecemos como essencial valorizar politicamente o direito à vida, não a reduzindo a uma questão meramente biológica. Segundo Martins (2013), o direito à vida consiste num primeiro passo para avançar nas lutas democráticas na saúde, sendo esta compreensão da vida necessária aos profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. O movimento da Reforma Sanitária do Brasil, por meio da luta de diversos segmentos da sociedade, contribuiu para que a saúde fosse compreendida como direito de todos e dever do Estado brasileiro, conforme está indicado na Constituição Federal de 1988, em seu Art. 126. O texto constitucional traz uma concepção de saúde ampliada que vai além da simples assistência médica. Saúde, em seu turno, deve ser entendida e trabalhada como

a decorrência do acesso dos brasileiros aos bens e serviços públicos que são oferecidos pelas políticas públicas.

A Constituição define que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Essa assertiva é no sentido de o Estado atuar decisivamente com políticas públicas saudáveis com o controle social e a participação comunitária.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a expressão da política pública de saúde brasileira, não obstante todas as dificuldades, se configura como uma das mais importantes conquistas da sociedade brasileira, fruto de um longo acúmulo de lutas sociais que, desde os anos de 1970, envolve movimentos populares, trabalhadores da saúde, usuários, gestores, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais.

A luta pelos direitos sociais básicos, em especial à saúde, é materializada por meio da implantação de políticas públicas que nascem, em sua grande maioria, das necessidades das pessoas e grupos. Como afirma L, o cuidar das pessoas e das populações por meio do setor saúde, mediante ações individuais e coletivas, é o que espera a sociedade do Estado.

Bacelar (2003) salienta que o Brasil nos últimos sessenta anos transformou-se numa potência industrial média, lugar que alguns países levaram séculos para alcançar. Como afirma Pessoa (2010), o país possui características promissoras e, dessa forma, é visto internacionalmente.

A autora assinala que com a criação do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) o Brasil busca o crescimento econômico e o seu desenvolvimento, contudo o PAC também tem promovido impactos ambientais, sociais, culturais e gerado conflitos territoriais com comunidades rurais/camponesas e populações indígenas. As transformações nos territórios incidem nos condicionantes da saúde, trazendo diversas repercussões para o processo saúde/doença, como aponta a mesma autora.

Esses processos territoriais, locais e nacionais têm implicado em mudanças no modo de viver de grupos populacionais ribeirinhos, pescadores, quilombolas, camponeses, agricultores, trabalhadores rurais, dentre outros, que, por outro lado, exigem do Estado uma postura de proteção à saúde, já que este é seu dever constitucional. As políticas públicas de saúde quase sempre foram elaboradas num contexto social pensado a partir das organizações sociais existentes nas cidades, ou seja, excluindo desse arcabouço político as populações residentes na chamada zona rural brasileira, entre elas o povo do campo, da floresta e das águas.

As Políticas Públicas foram constituídas para atender às necessidades e

demandas das populações urbanas e rurais, porém "sendo o capitalismo um modo de produção que induz a uma concentração crescente do capital, da força de trabalho, dos meios de produção e das decisões [...]" (CARNEIRO, 2007, p. 7), o meio urbano transforma-se no local onde ocorrem as contradições sociais e, dessa forma, os Governos tendem a serem mais sensíveis à problemática urbana.

Ainda, acerca das Políticas Públicas, cabe-nos, portanto, lembrar que essas concebem-se como

> [...] o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, 'colocar o governo em ação' e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente) (SOUZA, 2006, p. 26).

Daí as políticas depois de planejadas e legisladas desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistemas de informação e pesquisa que, em algumas situações, requerem a aprovação de uma nova legislação e, quando operacionalizadas (colocadas à ação), são implementadas, ficando submetidas ao acompanhamento e avaliação por parte de governos, instituições e população.

Nesse cenário destacamos a implantação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) no âmbito nacional, publicada pela Portaria nº 2.866, de 02 de dezembro de 2011, sendo atualizada pela Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014, onde acrescenta-se as populações que vivem nas águas, sendo chamada de Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA). A Política reafirma os princípios e diretrizes do SUS, na qual as ações e os serviços de saúde devem ocorrer de forma equânime, respeitando a equidade, a universalidade e a integralidade, ainda propiciando a descentralização de maneira a atender as necessidades das populações em seus diversos contextos da melhor forma possível (BRASIL, 2013a).

A elaboração do projeto e a implantação da referida política têm se dado de forma democrática e participativa, contando com a participação social de diversas entidades da sociedade civil organizada, por meio da construção de um Grupo de trabalho, denominado Grupo da Terra. Essa política foi construída de forma dialógica e a partir das necessidades sociais, haja vista que contou com a participação de entes governamentais e de diversos

movimentos da sociedade civil organizada. O processo foi longo, iniciado em 2003, enfrentou dificuldades no âmbito da pactuação do SUS, mas finalmente foi lançada em 2011. É uma política que se pretende transversal e que busca estar presente na agenda de diversas áreas do Ministério da Saúde e também como uma política intersetorial que orienta a relação do Ministério da Saúde com outras áreas do Governo Federal, e com as áreas da saúde nos Estados e Municípios (BRASIL, 2013a).

O texto da PNSIPCFA reconhece a dívida histórica do Estado brasileiro com a saúde das populações do campo, apresenta a necessidade de superação do modelo de desenvolvimento econômico e social na busca de relações homem–natureza responsáveis e promotoras da saúde e a extensão de ações e serviços de saúde que atendam as populações, respeitando suas especificidades.

Para isso, essa política foi elaborada tendo caráter transversal na agenda de políticas de saúde de responsabilidade de diferentes áreas do Ministério da Saúde e como política intersetorial que orienta a relação do Ministério da Saúde com outros setores do Governo Federal, tendo o próprio Ministério da Saúde como matriz para a integralidade das ações e o Grupo da Terra como espaço de diálogo e monitoramento das ações do Plano Operativo dessa Política.

As populações beneficiadas diretamente pela PNSIPCFA, muitas vezes denominadas de "população rural", são àquelas definidas na Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011 como sendo:

> [...] povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses, agricultores familiares; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais (BRASIL, 2013a, p. 34).

Portadores de diferentes identidades socioculturais, a Carta Política do III ENA enumera ainda os pescadores artesanais, faxinalenses, agricultores urbanos, geraizeiros, sertanejos, vazanteiros, quebradeiras de coco, caatingueiros, criadores de fundo de pasto (ENA, 2014). Espalhada nos diversos cantos do país, a população rural brasileira caracteriza-se por uma diversidade de raça, religião, costumes, modos de produção, segmentos sociais e

econômicos (BRASIL, 2013a). Essa diversidade é um importante desafio a ser considerado pela Política Nacional.

Aspectos acerca do método

Realizamos uma Pesquisa Documental (PD). Em seu turno, a PD, conforme assinala Gil (2002, p. 45), é aquela que "vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa". Destacamos que os documentos analisados foram de primeira mão, ou seja, aqueles que não receberam nenhum tratamento analítico (GIL, 2002), e consistiram em materiais documentais relacionados às políticas públicas intrasetoriais do setor saúde e intersetoriais respectivamente do meio ambiente e de desenvolvimento social. Os documentos analisados foram políticas, planos, decretos e portarias dessas áreas. Dentre eles, destacam-se: a) Saúde: Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), Plano Nacional de Saúde – 2012/2015 (PNS), Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), Política Nacional de Saúde do Homem (PNSH), Portaria GM/MS 2.728/2009 – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), Decreto nº 7.508/2011 – Regulamentação da Lei nº 8.080/90; b) Desenvolvimento Social: Plano Plurianual 2012/2015 – (PPA – 2012/2015) e Plano "Brasil sem Miséria"; e c) Meio Ambiente: Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (PNAPO).

Tais documentos foram selecionados de acordo com a sua relevância para o tema abordado; confiabilidade, por se tratarem de documentos oficiais elaborados pelo governo federal; e, pela temporalidade, por serem documentos recentes.

Para fins de apreensão do material documental utilizou-se os sítios das Instituições Governamentais, tais como: do Ministério da Saúde, do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, dentre outros. Além disso, também foram realizadas visitas à sede do próprio Ministério da Saúde, em Brasília, para a busca de Políticas e Planos impressos, a fim de juntar aos materiais digitais já existentes no banco de dados deste estudo.

Com base nesses documentos oficiais, acima descritos, foi realizada a análise documental conforme assinala Cellard (2008, p. 295) que assegura que "[...] o documento escrito constitui, portanto, uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais".

Cellard (2008) propõe que a análise documental seja realizada atendendo às seguintes dimensões:

a) Análise do contexto: que se refere à análise do contexto social global no qual o documento foi produzido e, ainda, conhecer a conjuntura política, econômica, social e cultural que propiciou a feitura do referido documento.

b) Autor(es): é importante que se conheça a identidade da pessoa que se expressa, de seus interesses e dos motivos que o fizeram escrever o documento. Ainda, indaga-se: o(s) autor(es) fala(m) "[...] em nome próprio, ou em nome de um grupo social, de uma instituição?" (CELLARD, 2008, p. 300).

c) Autenticidade e a confiabilidade do texto: trata-se da qualidade da informação transmitida. Dessa forma, é imprescindível verificar a procedência do documento.

d) Natureza do texto: esta dimensão convida o analista a levar em consideração a natureza do texto contido no documento, ou seu suporte, antes de qualquer conclusão. Em outras palavras, deve-se observar a abertura do autor, os subentendidos e a estrutura de um texto, pois estes podem variar conforme o contexto no qual ele foi escrito.

e) Conceitos-chave e a lógica interna do texto: o autor sugere "delimitar adequadamente o sentido das palavras e dos conceitos [...]", bem como "[...] prestar atenção aos conceitos-chave presentes em um texto e avaliar sua importância e seu sentido, segundo o contexto preciso em que eles são empregados" (CELLARD, 2008, p. 303).

Partindo desses pressupostos, após explorar essas cinco dimensões por meio de uma leitura exaustiva, realizou-se a análise dos documentos com vistas ao objetivo e diante das seguintes questões: Qual(is) objetivo(s), princípio(s) e diretriz(es) existe(m) nos documentos que se referem às populações do campo, da floresta e das águas? E, qual(is) ação(ões), meta(s) e estratégias(es) esses documentos apontam para as populações do campo, da floresta e das águas?

Procedemos de uma intepretação coerente à luz dos referidos questionamentos, bem como sua interface com os eixos propostos no Plano Operativo da PNSIPCFA 2012/2015, que são:

a) Eixo 1: Acesso das populações do campo e da floresta na atenção à saúde;

b) Eixo 2: Ações de promoção e vigilância em saúde às populações do campo e da floresta;

c) Eixo 3: Educação permanente e educação popular em saúde com foco nas populações do campo e da floresta;

d) Eixo 4: Monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços às populações do campo e da floresta.

Elaboramos a rede interpretativa organizando-a em quadros-sínteses, conforme será detalhado na sessão seguinte.

Os (des)encontros das políticas: interfaces com a PNSIPCFA

Para a organização e processamento analítico do material documental utilizamos quadros-sínteses (1 e 2) com as principais contribuições de cada política em interface com a PNSIPCFA. Lembramos que cada política foi analisada partindo da interface relativa a cada um dos quatro eixos previstos na PNSIPCFA (descritos anteriormente) relativos ao Plano Operativo previsto para o período 2012/2015.

Dessa forma, do material documental emergiram duas categorias que constituíram a rede interpretativa:

a) Objetivos, Princípios e Diretrizes das Políticas Públicas Intrasetoriais e Intersetoriais para as populações do campo, da floresta e das águas;

b) Ações, Metas e Estratégias contidas nas Políticas Públicas Intrasetoriais e Intersetoriais para as populações do campo, da floresta e das águas.

Objetivos, Princípios e Diretrizes das Políticas Públicas Intrasetoriais e Intersetoriais para as populações do campo, da floresta e das águas

Nesta sessão, a pergunta orientadora para a análise dos documentos foi: qual(is) o(s) objetivo(s), princípio(s) e diretriz(es) são definidos nas políticas públicas intra e intersetoriais que são voltados para as populações do campo, da floresta e das águas?

Ao lado disso, a ênfase dada à análise dos documentos não se deu de forma comparativa, mas sim tendo em vista a articulação dessas políticas com a PNSIPCFA no intuito de destacar elementos que contribuam no fortalecimento das ações de saúde para esta população: camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo, trabalhadores rurais acampados e assentados, comunidades de quilombolas, ribeirinhos, dentre outras (BRASIL, 2013a).

Dessa forma, cabe-nos destacar, primeiramente, que a PNSIPCFA visa a

> [...] melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, objetivando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das

inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida. (BRASIL, 2013a, p. 7).

Com base nessa e em outras diretrizes e princípios que a referida política descreve, observamos no Quadro-Síntese 1 que algumas políticas possuem uma interface com a PNSIPCFA, porém, destacamos que a sua operacionalização deve ser uma questão que deve ocupar as agendas de estados, municípios e Distrito Federal, para que se possa ver e sentir tais benefícios na prática.

Nesse escopo, a PNAB traz de forma clara a intenção no custeio de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para Ribeirinhos, Unidades Básicas Fluviais, bem como para Assentados e Quilombolas. Ainda, disponibiliza recursos complementares para municípios com dificuldades de atração e fixação de profissionais.

Quadro-síntese 1: Objetivos, princípios e diretrizes das políticas públicas intrasetoriais e intersetoriais para as populações do campo, da floresta e das águas.

POLÍTICA	INTERFACES COM A PNSIPCFA
PNAB Atenção Básica	1. Custear Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas.
	2. Custear para Unidades Básicas de Saúde Fluviais.
	3. Disponibilizar recurso complementar para: municípios com maiores dificuldades de atração e fixação de profissionais e municípios isolados ou com dificuldade de acesso; e, qualificação da atenção a populações sazonais, rurais, quilombolas, tradicionais, assentadas, isoladas.
	4. Implantar Equipes de Atenção Básica para populações específicas: equipes de saúde da família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense.
PNS Plano Nacional de Saúde	1. Prioridades de atenção à saúde da mulher (indígena)
	2. Saneamento em terras indígenas.
	3. Definição e pactuação de indicadores e metas diferenciadas para o monitoramento e avaliação de iniquidades em saúde desses segmentos (população negra, remanescentes de quilombos, populações do campo e da floresta, população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) no âmbito do SUS.
	4. A diversidade e heterogeneidade brasileira impõem a necessidade de novo enfoque a segmentos historicamente excluídos – como a população negra, quilombolas, ciganos, população em situação de rua, população do campo e da floresta, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

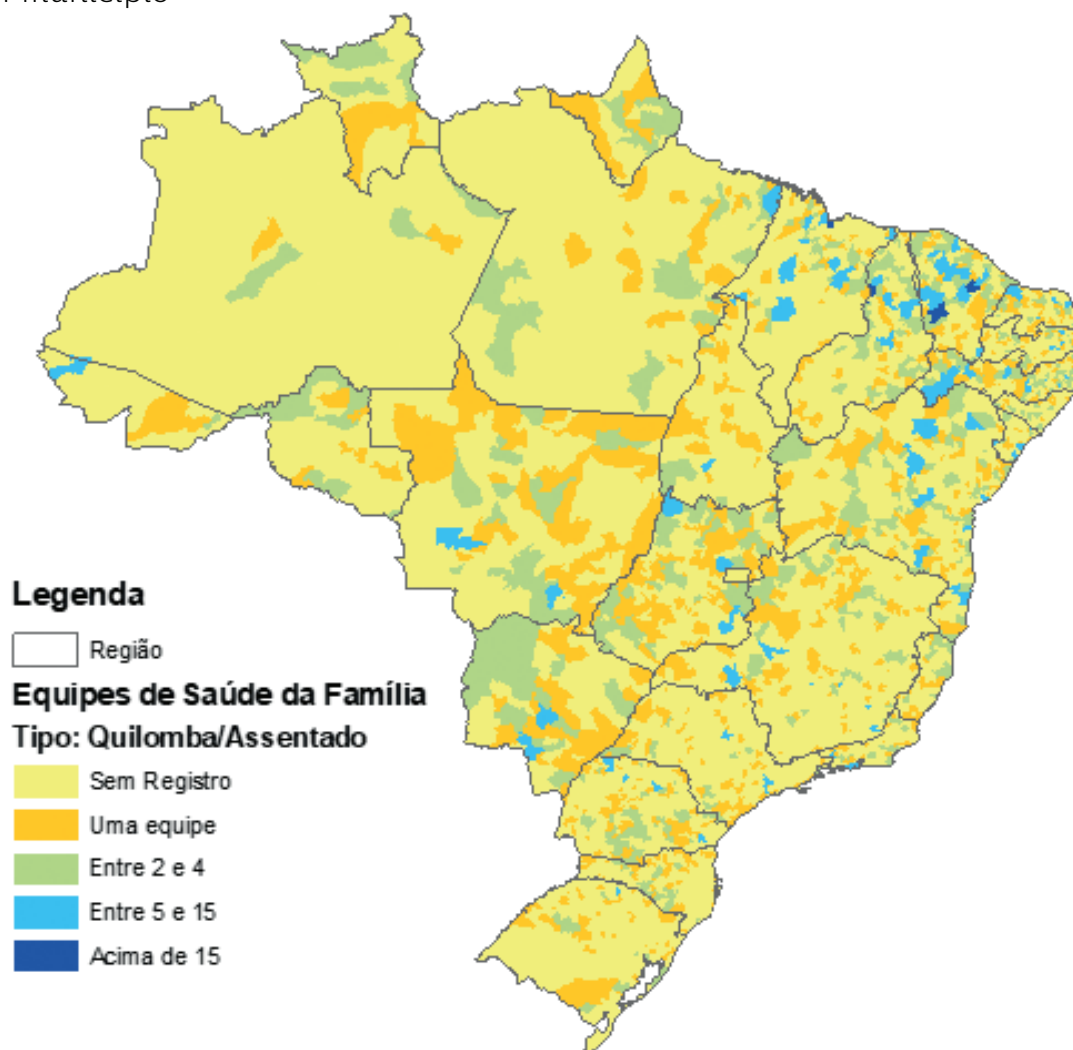
	5. Fortalecimento e expansão do controle da qualidade da água para consumo humano em serviços de saneamento de pequenos municípios, comunidades rurais e especiais, como as de quilombolas.
POLÍTICA	**INTERFACES COM A PNSIPCFA**
	6. Subsistema de atenção à saúde indígena: as Casas de Apoio à Saúde do Índio (CASAI), localizadas em municípios de referência.
	7. Ampliação da cobertura de sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, de forma sustentável, em áreas urbanas de municípios com população de até 50 mil habitantes, áreas rurais e de relevante interesse social (assentamentos, reservas extrativistas, populações ribeirinhas, entre outras).
	8. Identificação e cadastramento das parteiras tradicionais e sua vinculação com as unidades básicas de saúde no Nordeste e na Amazônia Legal;
	9. Promoção da gestão sustentável da drenagem e do manejo de águas pluviais, com ações estruturais para minimizar impactos provocados por cheias e alagamentos em áreas urbanas e ribeirinhas vulneráveis.
	10. Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.
	11. Implantação, ampliação e/ou melhoria de abastecimento de água, esgotamento sanitário, resíduos sólidos, inclusive as melhorias sanitárias domiciliares e melhorias habitacionais para controle da doença de chagas para a população rural dispersa, população rural adensada, população residente em localidades de pequeno porte: vilas, aglomerados rurais, povoados, núcleos, lugarejo e demais agrupamentos populacionais caracterizados como rurais, incluindo as comunidades indígenas.
PNPIC **Práticas Integrativas e Complementares no SUS**	1. Integração das ações da Medicina Tradicional Chinesa – MTC/Acupuntura com políticas de saúde afins.
PNSH **Saúde do Homem**	1. Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais.

PNSM **Saúde da Mulher**	1. A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).
POLÍTICA	**INTERFACES COM A PNSIPCFA**
PNSM **Saúde da Mulher**	2. Promover a atenção à saúde da mulher indígena.
	3. Reduzir a Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, no âmbito do Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e na Amazônia Legal.
PNSIPN **População Negra**	1. Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde.
	2. Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, do campo e da floresta às ações e aos serviços de saúde.
	3. Redução da morbi-mortalidade na população quilombola.
Decreto 7.508/11	1. A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.
Coap **Contrato Organizativo de Ação Pública**	1. Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.
Plano Brasil sem Miséria	1. Estimular o dinamismo dos territórios rurais, por meio de orientação às famílias beneficiárias acerca das oportunidades econômicas presentes nas cadeias produtivas regionais.
	2. Implantar projetos de Assentamento Florestal, Projetos de Desenvolvimento Sustentável ou Projetos de Assentamento Agroextrativista instituídos pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA.

Ressaltamos que no Brasil a cobertura populacional pela ESF, em 2013, era de 60,17% apresentando variações entre as unidades federativas, especialmente na região Norte do país. Naquele mesmo ano, estados como Roraima, Pará e Amazonas apresentavam menos de 50% de sua população coberta por esse serviço (SAGE, 2015).

Diante disso, para ampliar o acesso de populações residentes em áreas mais

vulneráveis, foram disponibilizadas, na Amazônia Legal e no Mato Grosso do Sul, a Estratégia Saúde da Família (ESF) para Ribeirinhos e Unidades Básicas Fluviais e, dissipadas por todo território nacional (Ver Figura 1), a ESF para quilombolas e assentados. Apesar de oferecerem serviços que podem ter grande impacto na redução e no controle de algumas doenças e mortes, por exemplo, na redução da mortalidade infantil, a iniciativa ainda apresenta números modestos.

Figura 1: Distribuição das Equipes de Saúde da Família Quilombola/Assentado por município

Fonte: CNES (Mês de referência Junho/2013). Elaboração: Obteia

De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), competência 09/2015, atualmente possuímos 75 ESF para Populações Ribeirinhas, seis ESF fluviais com 91 agentes comunitários de saúde e 3.302 ESF quilombola/assentado. Destacamos que embora o Brasil não disponha de Contagem da população ribeirinha, infere-se que o número de Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas e fluviais seja insuficiente

para cobrir toda essa população. Estima-se que só na região amazônica, em áreas de domínio da união, pelo menos 250 mil famílias habitem em áreas de várzea (SPU, 2010).

O estudo de Silva et al. (2008), por exemplo, destaca que pelo menos 30% da população de Porto Velho (RO) são residentes em área rural e rural-ribeirinha, entretanto, esse município não dispõe desse serviço. Através dos setores censitários que margeiam o Rio Tarauacá, no município de Jordão (AC), identificamos 4.305 pessoas residentes naquela área (IBGE, 2010). Nesse município, tem-se uma ESF para Populações Ribeirinhas, essa equipe é insuficiente para atender a população daquela localidade, pois conforme preconiza a Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013

> [...] cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição e que para áreas mais vulneráveis é necessário que as equipes se responsabilizem pelo cuidado de uma população ainda menor que o recomendado, aproximando de 2.000 pessoas por equipe. (BRASIL, 2013d, p. 46).

Embora esse modelo de atenção tenha apresentado ampliação, sendo em 2010 1.976 equipes e em 2015 houve um aumento de 67,11% (3.302 equipes). Apesar da cobertura ter melhorado se considerarmos as estimativas apresentadas para a população quilombola, o número de equipes ESF quilombola/assentado não seria suficiente para atendê-los, menos ainda se forem considerados também os assentamentos rurais.

Estima-se que existam 214 mil famílias quilombolas em todo território nacional, sendo 1,17 milhão de quilombolas no Brasil (SEPPIR, 2012). Quanto aos assentamentos rurais, apenas os de reforma agrária, criados pelo Instituto Nacional de Reforma Agrária, totalizam 9.200, os quais abrigam 969.640 famílias, aproximadamente 2,9 milhões de pessoas (INCRA, 2015).

Ainda sobre a Atenção Básica, atualmente no Brasil contamos com uma iniciativa do Ministério da Saúde que se refere à contratação de Médicos para suprirem as carências de municípios que sinalizam dificuldade para contratar e fixar tais profissionais junto aos serviços de saúde sob sua responsabilidade sanitária. Tal iniciativa refere-se ao Programa Mais Médicos para o Brasil, programa este, palco e pauta de muitas discussões e divergências. O programa prevê investimentos na ordem de R$ 15 bilhões até 2014. Esse investimento será

em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde e, também, na contratação de mais médicos para regiões do Brasil onde não existem profissionais ou há escassez (BRASIL, 2013b).

Observamos no PNS mais compromissos no que tange às diretrizes, princípios e objetivos em interface com a PNSIPCFA ainda descrito no quadro-síntese 01. O PNS visa a orientar a gestão federal para as ações de promoção do acesso com qualidade às ações e serviços de saúde e no fortalecimento do SUS no período de 2012 a 2015 (BRASIL, 2011). Dessa forma, como descrito no quadro 1, o PNS preconiza algumas diretrizes e princípios que abrangem desde o acesso aos serviços de saúde àqueles que se referem à vigilância à saúde.

Entre os referentes ao acesso, destacam-se: prioridades à saúde da mulher indígena e subsistema de atenção à saúde indígena. Já os de vigilância, temos: definição e pactuação de indicadores para monitoramento e avaliação para as populações do campo e da floresta, expansão do controle da qualidade de água para consumo humano, cadastramento e vinculação de parteiras tradicionais, promoção da gestão sustentável da drenagem e do manejo de águas pluviais, dentre outras.

Baptista e Mattos (2011, p. 60) nos alertam que

> [...] para se apreender as políticas de um Estado não se deveria reduzir a análise ao que está visível, mas ao que se faz em nome do Estado e de sua suposta racionalidade, o 'como' se faz e o 'por que' se faz.

Ou seja, é importante que seja destacado que mesmo estando previsto no PNS tais diretrizes, cabe-nos avaliar, também, até que ponto essas estão materializadas e foram operacionalizadas pelos Municípios, Estados e União. Dessa forma, o último Censo contabilizou no país 896.917 indígenas, entre eles 444.747 são mulheres (IBGE, 2013). No que tange ao Subsistema de atenção à saúde indígena, a Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (Sesai) vem implementando um plano que visa a redução da mortalidade infantil e materna na população indígena aldeada no Brasil que é de aproximadamente 630 mil. Ainda, prevê a integração de esforços e parcerias intersetoriais com outros órgãos do governo, a fim de contribuir para o fortalecimento da saúde desses povos (JORNAL..., 2013).

Também observamos na PNPIC que essa preconiza integração com outras políticas de saúde afins no que tange às ações voltadas para a Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura. Em relação à PNSH e à PNSM

percebemos que a interface com a PNSIPCFA no sentido da promoção da saúde integral de homens e mulheres, foco desta política, preconiza uma diretriz referente à redução da mortalidade infantil em áreas do Nordeste e Amazônia Legal.

Respectivamente, o Decreto nº 7.508/11, o Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap) e o Plano Brasil sem Miséria trazem, em seus turnos, diretrizes e princípios que dão ênfase para o acesso das populações do campo, floresta e das águas aos serviços de saúde e desenvolvimento social.

Tanto o Decreto, quanto o Coap reiteram a atenção à população indígena, foco de políticas já analisadas anteriormente. Observamos a lacuna para outras populações que integram o campo, a floresta e as águas, assim, reduzindo a forma de atuação de Municípios, Estados e Distritos Federais na elaboração de políticas públicas.

Contudo, o Plano Brasil sem Miséria, diferentemente dos citados anteriormente, amplia o rol de diretrizes e os princípios para os territórios rurais e a implantação de projetos para o desenvolvimento social dessas populações. Esse Plano foi criado para atender às pessoas que vivem em extrema pobreza, com o intuito de romper barreiras sociais, políticas, econômicas e culturais que segregam pessoas e regiões. Assim, no componente Bolsa Família contemplado no Plano, o governo federal atende a 13.581.604 famílias, perfazendo um montante de investimentos no valor de R$ 2.073.512.475 (BRASIL, 2013c).

Especificamente para a população do campo, em que se encontra 47% do público do plano, a prioridade do governo federal é aumentar a produção do agricultor através de orientação e acompanhamento técnico, oferta de insumos e água. Dentre as principais estratégias no meio rural, destacam-se: a) Assistência Técnica – acompanhamento continuado e individualizado para agricultores mais pobres realizado por equipes profissionais contratadas pelo governo federal; b) Fomento e Sementes – apoio a famílias extremamente pobres na produção de alimentos e comercialização da produção; c) Programa Água para Todos – visa a construção de cisternas e sistemas simplificados coletivos; d) Acesso aos mercados – por meio do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) que visa à ampliação do mercado do pequeno agricultor; e, e) Compra da Produção – objetiva a contar com a produção dos agricultores mais pobres nas compras públicas para hospitais, universidades, presídios, dentre outras.

Ações, Metas e Estratégias contidas nas Políticas Públicas Intrasetoriais e Intersetoriais para as populações do campo, da floresta e das águas

Esta sessão destaca o tópico referente às ações, metas e estratégias contidas nas políticas aqui demarcadas, especificamente para as populações do campo, da floresta e das águas. Dessa forma, torna-se relevante o fato de que se os governos querem ter êxitos significativos na busca de lidar com seus problemas, é preciso reconhecer melhor as necessidades e, consequentemente, a partir dessas, implementar ações e estratégias e estabelecer metas para melhor subsidiar as tomadas de decisões. Tal evidência destaca-se, mesmo que de forma tímida, no Quadro-Síntese 2.

Observa-se, no entanto, que na PNAB, corroborando com as informações contidas no quadro-síntese 01, temos como previsão a implantação de equipes da ESF Ribeirinhas e Fluviais. Conforme dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), serão financiados, entre 2013-2014, um total de 36 projetos de Unidades Básicas Fluviais. Ainda, foram contemplados 13 municípios em 2011 e 15 em 2012. O Departamento de Atenção Básica (DAB) informa que, no total, serão financiadas 64 embarcações, dentre elas, 27 projetos estão em curso.

No que tange ao PNS, que de forma reiterada traz um número maior de ações, metas e estratégias, observamos que, dentre elas, para o eixo 01 o Plano assenta-se, em especial à saúde indígena, na disponibilização de recursos para hospitais de referência especializada, meta para a cobertura vacinal, implantação da Rede Cegonha nos 34 Departamentos de Saúde Indígena (DSEI), firmar até 2015 contratos de ação pública nessas DSEI e, ainda, prevê a reforma e a estruturação de 58 Casas de Saúde Indígena (Casai) até 2015.

Ainda se descreve no PNS previsto para o eixo 01 a articulação intersetorial para implementação de políticas públicas, capacitação de parteiras de comunidades quilombolas e inclusão de famílias para o atendimento no Plano Brasil Sem Miséria.

Quadro-síntese 2: ações, metas e estratégias contidas nas políticas públicas intrasetoriais para as populações do campo, da floresta e das águas.

POLÍTICA	INTERFACES COM A PNSIPCFA
PNAB	1. O custeio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas será publicado em portaria específica e poderá ser agregado de um valor caso esta equipe necessite de transporte fluvial para a execução de suas atividades.
	2. Implantação de Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR).
	3. Implantação de Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF).

PNS	1. Disponibilização de incentivos para hospitais de referência para a atenção especializada aos povos indígenas para atender às especificidades relativas às mulheres em idade fértil.
	2. Ampliar a RENAST, com a instalação de 10 novos Cerest voltados prioritariamente para a população trabalhadora rural.
	3. Capacitação das equipes de saúde para o atendimento segundo as necessidades e especificidades desses segmentos (população negra, remanescentes de quilombos, populações do campo e da floresta, população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), população em situação de rua, população cigana).
POLÍTICA	**INTERFACES COM A PNSIPCFA**
PNS	4. Ampla e sistemática articulação intersetorial – com vistas a implementação de políticas públicas integradas –, assim como a participação da sociedade civil, de modo a contribuir de forma efetiva para a inclusão de um novo enfoque para a população negra, quilombolas, ciganos, população em situação de rua, população do campo e da floresta, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.
	5. Apoiar 1.125 comunidades – remanescentes de quilombos e rurais – com ações de controle da qualidade da água na gestão e estruturação de medidas de saneamento.
	6. Realizar 10 seminários envolvendo as 700 comunidades quilombolas até 2015, com participação de gestores, profissionais de saúde e lideranças das comunidades.
	7. Ampliar a cobertura vacinal para 80% da população indígena até 2015, conforme o calendário de imunização específico estabelecido pelo MS.
	8. Apoiar 320 municípios na melhoria da gestão ou na estruturação dos serviços de saneamento, nas sedes e/ ou nas áreas rurais.
	9. Realizar seis encontros nacionais envolvendo lideranças do campo e da floresta, do movimento de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, da população em situação de rua, dos ciganos e dos gestores do SUS até 2015.
	10. Estabelecer, até 2015, contratos de ação pública com os estados e municípios com serviços de média e alta complexidade na área de abrangência dos 34 DSEI.
	11. Implantar obras de saneamento em 375 comunidades remanescentes de quilombos.
	12. Capacitar 200 mil pessoas para o controle social e gestão participativa no SUS (conselheiros, lideranças de movimentos sociais, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Combate às Endemias (ACE), educadores populares e gestores) até 2015.
	13. Implantar a estratégia “Rede Cegonha” nos 34 DSEI.
	14. Implantar obras de saneamento em 750 comunidades rurais, tradicionais e especiais, incluindo os assentamentos da reforma agrária, ribeirinhos, reservas extrativistas, entre outras.

	15. Reformar e estruturar 58 Casas de Saúde Indígena (CASAI) até 2015.
	16. Ampliação da cobertura de sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, de forma sustentável, em áreas urbanas de municípios com população de até 50 mil habitantes, áreas rurais e de relevante interesse social (assentamentos, reservas extrativistas, populações ribeirinhas, entre outras).
	17. Implantar, até 2015, sistemas de abastecimento de água em 1.220 aldeias com população a partir de 50 habitantes.
POLÍTICA	**INTERFACES COM A PNSIPCFA**
	18. Promoção da gestão sustentável da drenagem e do manejo de águas pluviais, com ações estruturais para minimizar impactos provocados por cheias e alagamentos em áreas urbanas e ribeirinhas vulneráveis.
	19. Capacitar 200 parteiras de comunidades quilombolas.
	20. Implantação, ampliação e/ou melhoria de abastecimento de água, esgotamento sanitário, resíduos sólidos, inclusive as melhorias sanitárias domiciliares e melhorias habitacionais para controle da doença de Chagas, tendo como foco a população rural dispersa, população rural adensada, população residente em localidades de pequeno porte: vilas, aglomerados rurais, povoados, núcleos, lugarejo e demais agrupamentos populacionais caracterizados como rurais, incluindo as comunidades indígenas.
	21. Inclusão de 14% das famílias do país para atendimento no plano Brasil Sem Miséria, a saber: Indígenas, quilombolas, agricultores familiares, assentados, acampados, extrativistas, pescadores artesanais, ribeirinhos, catadores de material reciclável, população em situação de rua e outros.
	22. Construção, pela Funasa, de cisternas, poços e sistemas de abastecimento de água em áreas indígenas, quilombolas e comunidades rurais, além de ações para promover a qualidade da água das cisternas do semiárido.
PNSM	1. Ampliar e qualificar a atenção integral à saúde da mulher indígena.
PNSIPN	1. Implantação de Equipes de Saúde da Família (ESF) para atendimento à população quilombola.
	2. Implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) para atendimento à população quilombola.
	3. Estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas.
Coap	1. Implantação de obras de saneamento em X comunidades remanescentes de quilombos ou comunidades rurais e tradicionais (como populações atingidas por barragens, indígenas, castanheiros, seringueiros etc.).
	2. Implantar sistemas de abastecimento de água em X aldeias indígenas com população a partir de 50 habitantes. (aplicável apenas em locais com população indígena sem sistema de abastecimento)

PPA (2012-2015) PLANO BRASIL SEM MISÉRIA	1. Capacitar 200 parteiras de comunidades quilombolas. 2. Ampliar a construção de cisternas, a oferta de assistência técnica e extensão rural (ATER), a distribuição de sementes e o fomento, ou seja, recursos para aquisição de insumos necessários à produção.

Para o eixo 02 – Ações de promoção e vigilância em saúde às populações do campo e da floresta – ressaltamos, por exemplo, a ampliação da RENAST com foco para a população trabalhadora rural com a proposta de implantação de dez Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora Rural. Ainda nesse eixo, destaca-se a Portaria 2.938/12 que destina R$ 22.700.000,00 para os Fundos Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, a fim de fortalecer a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos. Todos os estados foram beneficiados, cabendo aos estados de Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraná e São Paulo o montante maior, ou seja, cada um recebeu, em 2012, R$ 1.000.000,00.

Tal incremento está baseado nos dados do Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde (2015), onde destaca-se que o Brasil ocupa, há vários anos, o lugar de maior consumidor de agrotóxicos no mundo. Ainda, os estados acima citados, caracterizam-se por possuírem as maiores concentrações de utilização de agrotóxicos, coincidindo com as regiões de maior intensidade de monoculturas de soja, milho, cana, cítricos, algodão e arroz. Destacam-se, conforme o Dossiê, o estado do Mato Grosso como maior concentrador de uso de agrotóxico (18,9%).

Com essa dimensão, o PNS manifesta o apoio para ações de controle da qualidade de água e obras de saneamento para comunidades quilombolas, fortalecimento na melhoria da gestão ou na estruturação de serviços de saneamento para as áreas rurais, promoção da gestão sustentável da drenagem e do manejo de águas pluviais, dentre outras estratégias.

Estima-se, no Brasil, por meio do Ministério das Cidades – Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental – investimentos em Sistemas de Água e Esgoto, na ordem de R$ 151.123.900, em 2015 e R$ 178.405.100 em 2020, lembrando que em 2010 o investimento foi de R$ 123.623.900. Conforme Diagnóstico para a universalização dos serviços de água e esgoto – Brasil (2004 –2024) do mesmo Ministério, para o abastecimento de água serão aplicados, nesse período, R$ 67.831.040 e para o esgotamento sanitário R$ 110.511.240 no Brasil. Já no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) referente ao Saneamento, o total de investimento nesse setor

equivale a R$ 28,1 bilhões, sendo que R$ 22,6 bilhões já foram contratados e R$ 5,5 bilhões de investimentos estão em processo de contratação (BRASIL, 2013c).

O Plano Nacional de Saneamento Básico (PNASAB) visa a "universalização dos serviços de saneamento básico e o alcance de níveis crescentes de saneamento básico no território nacional, observando a compatibilidade com os demais planos e políticas da União" (BRASIL, 2008, p. 3). Esse Plano reúne contribuições de diversos Ministérios, dentre eles do Ministério do Meio Ambiente (por meio da Secretaria de Recursos Hídricos e Ambiente Urbano e Agência Nacional de Águas), do Ministério da Saúde (por meio da Fundação Nacional de Saúde – Funasa, Vigilância à Saúde Ambiental e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa), do Ministério da Integração Nacional, do Ministério das Cidades, dentre outros.

Ainda no PNS está descrito para o eixo 03 – Educação permanente e educação popular em saúde com foco nas populações do campo e da floresta – capacitação para profissionais da saúde das equipes da ESF no tocante ao atendimento de necessidades e especificidades desta população (campo, floresta e águas) e de outros segmentos; seminários para comunidades quilombolas; encontros nacionais envolvendo lideranças do campo e da floresta; e, capacitação de conselheiros, lideranças, dentre outros para atuarem no controle social e gestão participativa.

Salienta-se, no entanto, que não se observa no Plano, por exemplo, de que se trata e qual a finalidade para a realização de seminários para comunidades quilombolas, bem como, não está claro quais encontros e o que serão discutidos nos seis encontros nacionais previstos para essa população.

De forma reiterada, na PNAISM observamos a ampliação e qualificação da atenção integral à saúde da mulher indígena.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) traz a implantação de equipes da ESF e Equipes de Saúde Bucal (ESB) para atendimento à população quilombola. Para cumprimento desta meta que previa 100% dos municípios contemplados na Portaria nº 90, de 17 de janeiro de 2008, totalizando 1001 ESFs implantadas, investimentos de R$ 97.297.200,00 (BRASIL, 2010).

Conforme dados do Programa Brasil Quilombola – diagnóstico de ações realizadas (BRASIL, 2012), foram implantadas 2.008 equipes de Saúde da Família e 1.536 equipes de Saúde Bucal em 1.117 municípios que atendem residentes em assentamentos da reforma agrária e comunidades quilombolas.

Percebemos ainda nesta sessão, que o Coap, da mesma forma do PNS, prevê ações na área do saneamento e abastecimento de água. Salienta-se que o objeto do Coap se assenta na organização, o financiamento e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos nas distintas

regiões de saúde, a fim de garantir a integralidade da assistência à saúde dos usuários por meio da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Dessa forma, deve-se estabelecer no Coap a garantia do que se propõe no Eixo 2 descrito no Quadro-Síntese 2. As ações de monitoramento e a avaliação do cumprimento deste Contrato devem ser permanentes e fica a cabo de cada ente federativo (município, estado e união) realizar tais ações, que devem focar na verificação da conformidade das responsabilidades assumidas quanto à execução do contrato, buscando possíveis soluções, em tempo real e de forma preventiva, para os problemas identificados (BRASIL, 2011).

Ainda, os contratos deverão ser avaliados por meio de auditoria. Essa deve verificar a execução do contrato quanto aos aspectos orçamentário, operacional, patrimonial, além de analisar a conformidade do gasto (BRASIL, 2011). Não podemos, em princípio, verificar se tais metas, estratégias e ações previstas para as populações do campo, floresta e das águas estão sendo cumpridas neste Contrato, porém, estudos qualitativos que serão realizados a posteriori poderão apontar se tais ações estão sendo operacionalizadas.

O Plano Brasil Sem Miséria preconiza como ação a ampliação da construção de cisternas e oferta de assistência técnica e extensão rural, dentre outras.

Como já aludido na sessão anterior, o Plano Plurianual (2012-2015) expressa as políticas públicas para os próximos quatro anos do atual governo e, estrutura-se por meio da dimensão estratégica que originou Programas nos quais estão contidos os desafios e os compromissos desse governo (BRASIL, 2011a). Com relação a sua interface, nessa sessão, com a PNSIPCFA, destacam-se:

a) Capacitação para 200 parteiras de comunidades quilombolas – não observamos, no plano, a ordem de recursos e o Programa responsável.
b) Instalação de telefone de uso público em postos de saúde e escolas da zona rural – meta do Programa Comunicações para o Desenvolvimento, a Inclusão e a Democracia com recursos no valor de R$ 11,7 bilhões.
c) Universalização do acesso à água para consumo humano, a fim de atender a 730 mil famílias da zona rural do semiárido brasileiro – essa meta tem recursos no montante de R$ 13,3 bilhões e faz parte do Programa Segurança Alimentar e Nutricional operado pelo Ministério de Desenvolvimento Social.
d) Elevação da escolaridade média da população de 18 a 24 anos do campo – de responsabilidade do Ministério da Educação, por meio do Programa Educação Básica, essa meta possui estimativa de investimentos no valor de R$ 125,8 bilhões.
e) Capacitação de 20 mil mulheres urbanas, do campo e da floresta para inserção

no mercado de trabalho – essa meta faz parte da agenda da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), dentro do Programa Políticas para as Mulheres: Enfrentamento à Violência e Autonomia, com estimativa de investimentos no montante de R$ 266,1 milhões.

Ainda, a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR) prevê incentivos ao protagonismo da juventude quilombola, apoio aos projetos de etnodesenvolvimento das suas comunidades, bem como desenvolvimento institucional em comunidades remanescentes de quilombos e apoio sociocultural a crianças e adolescentes quilombolas.

Instituída pelo Decreto nº 4.886, de 20 de novembro de 2003 (BRASIL, 2014), a PNPIR com o foco na população negra, traz o esforço para a redução das desigualdades raciais no Brasil. Tem como princípios:

a) Transversalidade – combate às desigualdades raciais e a promoção da igualdade racial;
b) Descentralização – disponibilização de apoio político, técnico e logístico visando planejamento, execução e avaliação para que experiências de promoção da igualdade racial por meio da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir);
c) Gestão Democrática – pretende-se que as instituições da sociedade civil sejam mais do que simples interlocutores de demandas sociais, espera-se que assumam um papel ativo, de protagonista na formulação, implementação e monitoramento da política.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea (2014), o país contou, no ano de 2010, 97.171.614 de negros (pardos + pretos, conforme o Ipea), ou seja, equivalendo a 51% da população brasileira. Diante dessa realidade, cabe ao governo brasileiro e à sociedade, por meio dessa política, buscar meios e instituir estratégias para eliminar com a desigualdade racial, em especial, da população negra, entre elas, os quilombolas, público-alvo da PNSIPCFA.

Tecendo considerações finais

Digamos que as questões que mobilizaram a feitura deste capítulo nasceram das inquietações de pesquisadores, sujeitos e grupos que, a priori, indagaram: o que é possível extrair da análise de políticas intrasetoriais e intersetoriais para o fortalecimento e melhorias em saúde das populações do campo, da floresta e das águas? Até onde elas nos munem de elementos e dimensões para o alcance de tal fortalecimento e melhorias?

As políticas públicas aqui demarcadas possuem um objetivo em comum: propiciar que o país possa, por meio das necessidades da população, planejar, agir e avaliar a garantia dos direitos de todos os cidadãos previstos na Constituição Federal de 1988.

Como descrito no PPA (BRASIL, 2011a, p. 17), o governo atual tem a pretensão que o país seja reconhecido por:

- seu modelo de desenvolvimento sustentável, bem distribuído regionalmente, que busca a igualdade social com educação de qualidade, produção de conhecimento, inovação tecnológica e sustentabilidade ambiental.

- Ser uma Nação democrática, soberana, que defende os direitos humanos e a liberdade, a paz e o desenvolvimento no mundo.

Do exposto, questiona-se: no tempo estabelecido (2012-2015) o que temos feito (governos e sociedade) para que o Brasil alcance esse reconhecimento? O que se descreve neste capítulo corrobora para que tal reconhecimento seja efetivado?

O que aqui se observa é certa "invisibilidade" da população em foco (campo, floresta e águas) no que tange ao desenvolvimento e operacionalização de políticas públicas. Um modelo de desenvolvimento sustentável bem distribuído regionalmente, como descrito acima, nos remete a pensarmos que para tal é necessário que todos os povos sejam incluídos de forma equitativa.

A invisibilidade desse grupo, assim como a de tantos outros que são foco da saúde e das suas respectivas políticas, dificulta o empreendimento do cuidado, mas não o torna impossível. É por meio da mobilização de sujeitos engajados e comprometidos que conseguimos refletir sobre tal situação de invisibilidade e trazer à tona elementos fundamentais para a elaboração, desenvolvimento e concretude de políticas públicas que nascem de fato da necessidade dessa população.

Como expresso para o SUS, um de seus princípios é o da integralidade. Esse princípio do SUS ultrapassa a ideia de atenção integral em todos os níveis do sistema, ao incorporar, também, a integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado. Reconhecemos que as interfaces ou não-interfaces não são constructos absolutos. O conteúdo deste capítulo deverá ser continuadamente revisitado e atualizado, pois as políticas aqui analisadas passam, rotineiramente, por revisões e avaliações que disparam processos de modificações em seus textos constitucionais.

Observamos o grande quantitativo de interfaces no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual (PPA 2012-2015) com a PNSIPCFA. Esse quantitativo refere-se à abrangência que esses Planos possuem no que tange ao

desenvolvimento do país e à garantia dos direitos sociais do povo brasileiro. Desenvolvimento e garantia de direitos pautados pela ética, democracia e compromisso do Estado e, consequentemente, de quem o representa legalmente.

Assumimos nesta análise que as políticas públicas, de uma forma geral, concebem compromissos entre valores e objetivos que podem gerar conflitos e envolvem, ainda, compromissos com interesses de poder no contexto da sua implementação. Dessa forma, cabe-nos destacar que é possível que haja dificuldades no processo de transformação da decisão em ação.

Esse é ponto central de nossa análise. Ao longo dos três anos de trabalho do Obteia, nas reuniões de nosso comitê gestor, que conta com a participação de representantes do Ministério da Saúde e dos movimentos sociais indicados pelo Grupo da Terra, uma das grandes preocupações expressadas por esses últimos era a grande distância existente entre a publicação de uma Política Nacional e a chegada no território dos benefícios esperados da mesma. Esse longo caminho gera uma ansiedade quase que "histórica" e muito bem justificada por parte dos movimentos sociais. Um setor que podemos destacar que o Estado Brasileiro é mais moroso e guarda grande dívida com essa população, a título de um bom exemplo, é o do saneamento. Falta agilidade e prioridade política em termos de investimentos para suprir o grande déficit nacional nesse campo, que vai desde o acesso a água e vai até a disposição adequada de dejetos, questão vital para a saúde das populações.

Uma outra questão importante a ser destacada nesse capítulo foi a decisão dos autores de inclusão da população indígena na análise, pois são literalmente povos da floresta. Mas quando se trata de políticas da PNSICFA, as populações indígenas não estão incluídas. No Grupo da Terra, eles são apenas convidados. Mas porque algo tão bizarro para o senso comum? É que os indígenas conquistaram por meio de sua luta sua própria política em função dos séculos de descaso e abandono do Estado (ainda não totalmente resolvido). Hoje eles contam com uma Secretaria de Atenção à Saúde Indígena dentro do Ministério da Saúde, e um subsistema de saúde indígena no SUS com seus respectivos Distritos Sanitários Indígenas.

E, por fim, salientamos as populações do campo, floresta e das águas têm suas necessidades de saúde entrelaçadas à cultura, ao modo de viver, à relação com a natureza e ao trabalho, o que desafia não só os formuladores, mas também os executores a constituírem mecanismos participativos, com diálogos permanentes para realmente propor políticas públicas saudáveis e, sobretudo, que cheguem até os territórios.

CAPÍTULO 5

A invisibilidade da população do campo, da floresta e das águas no Brasil: desafio para os sistemas de informações em saúde

Rackynelly Alves Sarmento Soares
Ronei Marcos de Moraes
Vanira Matos Pessoa
Fernando Ferreira Carneiro
Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

Em 2011, o Ministério da Saúde do Brasil lançou várias políticas voltadas para a promoção da equidade em saúde. A implementação dessas diretrizes é uma demanda histórica, pois alguns grupos populacionais específicos, por viverem em certas condições de maior vulnerabilidade, acessam esses serviços de saúde de maneira desigual. Tratam-se das políticas voltadas para a saúde das populações negra, LGBT[1], em situação de rua, cigana e do campo, da floresta e das águas (BRASIL, 2013a).

Em dezembro de 2011, foi publicada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), elaborada com a participação do Grupo da Terra[2] (BRASIL, 2013a). O seu objetivo consiste em melhorar o nível de saúde dessas populações "por meio do acesso aos serviços de saúde; da redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas; e da melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida" (BRASIL, 2013a).

A PNSIPCFA representa uma das estratégias voltadas à superação dos problemas da atenção à saúde nas áreas rurais brasileiras, devendo ser aliada a outras políticas para que possa efetivamente promover mudanças profundas na realidade dos grupos

[1] Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

[2] O Grupo da Terra, instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.460 de 12 de dezembro de 2005 e atualizado pela Portaria nº 3.257 de 22 de dezembro de 2009 é composto por representantes de órgãos e entidades públicas e da sociedade civil organizada.

populacionais vulneráveis a que se destina. Isso se deve em parte ao atual modelo de desenvolvimento no qual o Brasil se encontra inserido, que é um grande promotor de iniquidades em saúde. Em 2005, o país ocupava a 11ª posição entre os lugares mais desiguais do mundo em termos de distribuição da renda, sendo superado apenas por seis países da África e quatro da América Latina (COMISSÃO..., 2008).

As populações do campo, da floresta e das águas, muitas vezes denominadas de "população rural", são definidas na Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, como sendo:

> Povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses, agricultores familiares; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais (BRASIL, 2013a, p. 22).

Essa população possui diferentes identidades socioculturais e se denominam pescadores artesanais, faxinalenses, agricultores urbanos, geraizeiros, sertanejos, vazanteiros, quebradeiras de coco, caatingueiros, criadores de fundo de pasto (ARTICULAÇÃO..., 2014). A população rural brasileira é diversa e heterogênea no seu modo de viver, estando presente em todo o território nacional, predominantemente nas regiões nordeste e norte do país. Esses povos caracterizam-se por uma diversidade de raça, de religião, de costumes, de modos de produção, de segmentos sociais e econômicos (BRASIL, 2013b), sendo tal característica um importante desafio a ser considerado pela PNSIPCFA.

Mediante o fortalecimento de políticas econômicas e sociais, como os programas Bolsa Família, Saúde na Escola e o plano Brasil sem Miséria, foi possível reduzir a pobreza, a mortalidade infantil e a fome (CAMPELLO; NERI, 2013). Destaca-se também como política promotora da vida, o programa Um Milhão de Cisternas, a aposentadoria rural, a Estratégia Saúde da Família e o programa Mais Médicos, que têm contribuído para minimizar danos à saúde, apesar de ainda serem insuficientes para atender as demandas territoriais (PESSOA, 2015). O Brasil ainda não realizou mudanças estruturais importantes, como a Reforma Agrária, demanda histórica dos movimentos sociais do campo, intimamente relacionada ao conceito de saúde cunhado na 8ª

Conferência Nacional de Saúde (1986), em que para se ter saúde era também preciso ter acesso e posse da terra (CARNEIRO, 2007).

Analisando comparativamente os censos demográficos de 2000 e 2010, observa-se que a extrema pobreza caiu 40% na zona rural e 37%, especificamente, no Nordeste. Ressalta-se, porém, que cerca de 35% da população brasileira vive em situação de pobreza, que atinge aproximadamente 51% dos residentes da zona rural (ORGANIZAÇÃO..., 2013). Mesmo com os avanços na saúde obtidos nas últimas décadas, essa população, classificada como rural, carece de especial atenção, principalmente por causa das precárias condições de vida em que se inserem.

Dessa forma, a baixa densidade demográfica e a distância dos grandes centros e serviços criam barreiras enormes ao acesso à saúde. Somado a isso, outro relevante problema é a expansão do agronegócio, que tem gerado concentração de terra, uso intensivo dos agrotóxicos, trabalho escravo, conflitos fundiários, violência e morte no campo. Grandes empreendimentos, apesar de muitas vezes levantarem a bandeira do "desenvolvimento nacional", também geram impactos negativos a essas populações, especialmente entre os ribeirinhos que são desterritorializados[3].

Nesse sentido, esses grupos apresentam uma parte do retrato do Brasil rural contemporâneo, demonstrando que a população mencionada apresenta um quadro de maior vulnerabilidade se compararmos com a população urbana, pois, na área rural, se enfrenta maior dificuldade de acesso à saúde.

No Brasil, existem 1.619 municípios (29% do total de 5.570 municípios) em que a população residente em domicílio rural supera o urbano. Nesses municípios, verificam-se os piores desempenhos em indicadores de demografia, desenvolvimento humano e renda (Quadro 1).

Quadro 1: desempenho de indicadores no ano de 2010 no Brasil Rural e Urbano

Indicador	Ano 2010	
	Rural[1]	Urbano[2]
Esperança de vida ao nascer	71,93 anos	73,56 anos
Taxa de fecundidade total	2,3 filhos por mulher	2,14 por mulher
Índice de Desenvolvimento Humano	0,614	0,678
Proporção de pobres	34,4%	18,6%

Nota([1]): Medida referente aos municípios cuja população rural é maior ou igual à população urbana. ([2])Medida referente aos municípios cuja população urbana supera a população rural.
Fonte: PNUD, 2013; Censo IBGE, 2010.

[3] Os capítulos 4 e 9 deste livro abordam alguns dos impactos causados pelos grandes empreendimentos.

Outro importante indicador refere-se à escolaridade, que também é pior nas populações rurais, ou seja, há maior taxa de analfabetismo. O censo demográfico de 2010 verificou que o percentual de pessoas que não frequentam a escola na faixa etária compreendida entre 10 e 17 anos é superior na área rural (11,1%) em relação a urbana (7,9%) (IBGE, 2011). Em 2015, segundo o Fundo das Nações Unidas para a Criança (Unicef), grande parte das crianças que são excluídas das escolas se encontram nas periferias das grandes cidades, na Amazônia, no semiárido e nas zonas rurais. Esses indicadores demonstram a insuficiência de políticas sociais, como a de educação com foco nas populações que residem em áreas remotas, contribuindo para maior vulnerabilização dessas populações.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, explicita a saúde como direito constitucional e institui o Sistema Único de Saúde (SUS) universal, igualitário e integral, com participação comunitária, e reconhece que moradia, saneamento básico e ambiente, entre outros, contribuem para a determinação social da saúde (BRASIL, 1990b). Entretanto, as populações rurais apresentam precárias condições de moradia, em especial quanto ao elevado déficit de saneamento básico, apenas 32,8% dos domicílios rurais estão ligados à rede de distribuição de água (BRASIL, 2013b). Isso contribui para o acesso à água de baixa qualidade, favorecendo o surgimento de doenças de veiculação hídrica, com destaque para as infecciosas como a diarreia, e as de pele.

A baixa densidade demográfica nas áreas rurais dificulta os investimentos necessários para estender os serviços de saneamento básico. Apenas 5,2% dos domicílios nas áreas rurais possuem acesso simultâneo às redes públicas e concessões de abastecimento de água, energia elétrica, coleta de lixo e esgotamento sanitário (CAMPELLO; NERI, 2013).

Em função desse cenário, doenças como esquistossomose, leishmaniose tegumentar americana e leptospirose, relacionadas ao saneamento básico deficitário, apresentam incidências importantes no meio rural, situação evidenciada pelos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (Quadro 2).

Quadro 2: principais agravos/doenças de importância para a saúde pública segundo a zona de residência

Agravo/Doença	Incidência (100.00 hab.) Ano 2010		Letalidade média (%)	
	Rural	Urbana	Rural	Urbana
Doença de chagas aguda	0,03	0,02	2,37	2,16
Equistossomose	34,33	6,90	0,04	0,32
Hanseníase	17,87	16,14	0,01	1,07

Agravo/Doença	Incidência (100.00 hab.) Ano 2010		Letalidade média (%)	
	Rur al	Urbana	Rural	Urbana
Leishmaniose tegumentar americana	44,89	5,87	0,0005	0,0001
Leishmaniose visceral	2,90	1,66	0,05	0,66
Leptospirose	1,81	1,72	3,65	10,3
Tétano acidental	0,23	0,13	32,6	30,01
Tuberculose	16,72	26,55	2,76	2,95

Fonte: MS/Sinan. Adaptado de SOARES e colaboradores (2015).

Diante desse cenário, surge o seguinte questionamento: como avaliar a PNSIPCFA utilizando-se de indicadores que têm por base sistemas nacionais de informação em saúde (SNIS), os quais, muitas vezes, não traduzem as demandas de saúde de sua população-alvo? Nesse sentido, este estudo objetivou verificar se os SNIS permitem a análise dos dados de saúde da população do campo, da floresta e das águas, em especial os sistemas vitais (SIM e SINASC).

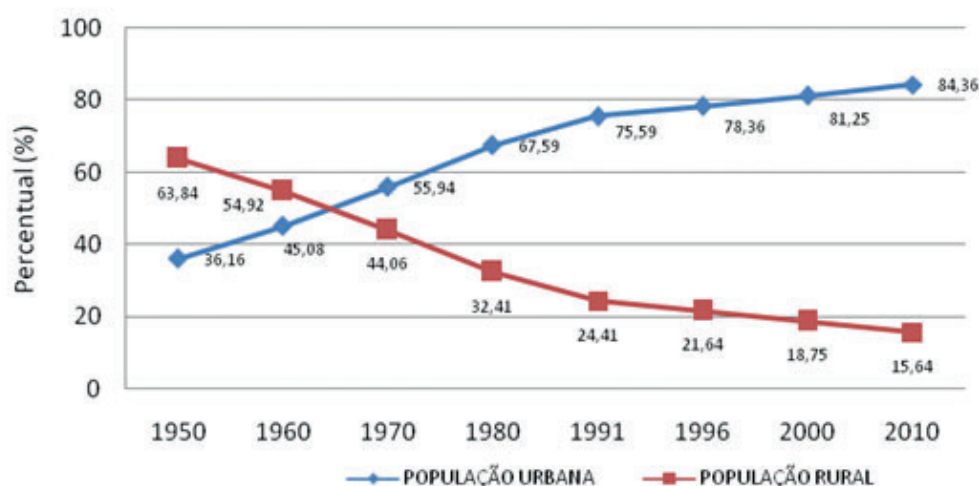
Procedimentos Metodológicos

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica a fim de identificar o conceito de ruralidade adotado no Brasil e, por conseguinte, pelos SNIS. Foram realizados estudos nos dois principais SNIS do país, o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), por apresentarem melhor cobertura e por permitirem conhecimento do perfil da mortalidade e dos nascidos vivos.

Adicionalmente, também, foram analisadas as fichas-base adotadas para alimentação dos SNIS desenvolvidos pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus) dos seguintes sistemas: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero e Sistema de Informação do Câncer de Mama (Siscolo/Sismama), Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) e o Sistema de Acompanhamento da Gestante (Sisprenatal) em busca de variáveis que pudessem identificar a população do campo, da floresta e das águas.

Breve reflexão sobre o conceito da ruralidade brasileira

Até o ano de 1960, mais da metade da população economicamente ativa brasileira dedicava-se à agricultura e residia em área rural, conforme pode ser observado na Figura 1. A partir dessa década, o Brasil vem vivenciando um acelerado processo de urbanização que provocou brusco esvaziamento dos espaços rurais (COMISSÃO..., 2008). Entre os fatores que influenciaram essa transformação econômica, social e demográfica estão o desemprego no campo, a industrialização e modernização do país, o avanço da agricultura mecanizada e da monocultura (TUBINO, 2013).

Figura 1: distribuição percentual da população nos censos demográficos segundo as grandes regiões e situação do domicílio rural e urbano. Brasi, 1950 a 2010.

Fonte: IBGE, Censos Demográficos.

De acordo com os dados do último Censo demográfico realizado, o Brasil tinha 15,6% de sua população residindo em área rural no ano de 2010. No Censo de 2000, era de 18,7%, estimando-se que a população rural brasileira reduziria quase 50% até 2020 (BRASIL, 2004).

A dimensão do rural brasileiro, apresentada no censo de 2010, considera o conceito de ruralidade vigente. Entretanto, conceituar ruralidade, especialmente na atual situação em que o país se encontra, não é tarefa fácil. A complexidade desses espaços, a relação dinâmica campo-cidade de interdependência e de interpenetração espacial não podem ser representadas pela simples dicotomia estática urbano-rural (INSTITUTO... 1983).

A heterogeneidade do rural brasileiro pode ser representada por dois tipos de estrutura social, "as grandes fazendas e as comunidades rurais", sendo

a última, "o rural por excelência", podendo ser denominadas de bairros rurais, colônias, sítios e tantas outras formas. Esse rural é lugar de vida e de trabalho cuja vocação principal refere-se à atividade agrícola, mas não é a única. Suas formas de convivência social circundam o trabalho, a religião, a família e a vizinhança (MIRANDA; SILVA, 2013).

A sociologia enumera importantes diferenças entre os espaços urbanos e os rurais que são "genéricos no espaço e, relativamente, constantes no tempo" (SOROKIN; ZIMMERMAN; GALPIN, 1981). Ou seja, essas diferenças se aplicam independente do universo social rural; se na floresta amazônica, na caatinga do sertão nordestino ou se na região vinícola no sul da França; independentemente se em 1960, se na atualidade ou se em 2020. São elas:

a) Diferenças ocupacionais – nos espaços rurais, o maior peso ocupacional volta-se para as atividades primárias (agrícolas, exploração florestal e extrativas).
b) Diferenças ambientais – a população rural está mais exposta às condições climáticas por possuírem relação mais próxima com a natureza em função, principalmente, da ocupação ali desempenhada.
c) Diferenças no tamanho das comunidades – por requerer grandes áreas, a atividade agrícola força a desconcentração populacional de tal modo que se verifica uma "correlação negativa entre o tamanho da comunidade e a percentagem da população ocupada na agricultura".
d) Diferenças na densidade populacional – os espaços rurais possuem densidades populacionais baixas.
e) Diferenças na homogeneidade das populações – "as populações rurais tendem a ser mais homogêneas em suas características psicossociais tais como linguagem, crenças, opiniões, tradições, padrões de comportamento, etc.".
f) Diferenças na estratificação – a vida econômica é mais homogênea e com menor divisão do trabalho.
g) Diferenças na mobilidade social – a classe rural é menos móbil por deslocar-se menos de um lugar para o outro, de uma ocupação para outra, de uma posição social para outra.
h) Diferenças na direção da migração – o fluxo migratório é mais forte no sentido campo-cidade e agropecuária-indústria, com exceção dos períodos catastróficos na história de um país.
i) Diferenças no sistema de integração – o sistema de interação social é menos complexo, dinâmico e intensivo que o urbano. Um morador de uma

> comunidade agrícola, por exemplo, tem menos contato face a face, recebe menos cartas, jornais e revistas, assiste menos filmes, peças teatrais que um morador da cidade. Por outro lado, as relações rurais "são mais profundas, menos superficiais e envolvem as personalidades totais dos integrantes e das pessoas com quem interage".

Considerando o caso do rural brasileiro, acrescenta-se ainda: forte concentração fundiária; força de trabalho com pouca qualificação; crescente degradação ambiental; infraestrutura e redes de proteção sociais de serviços inexistentes ou precários; gestão pública ineficiente e serviço de saúde distante das populações (VAZQUEZ; SOUZA, 2011).

Instrumentos legais e o conceito de ruralidade

A Lei nº 4.504, de 30 de novembro de 1964, que dispõe sobre o Estatuto da Terra, regula os direitos e as obrigações concernentes aos bens imóveis rurais, para os fins de execução da reforma agrária e da promoção da política agrícola, não se preocupou com a definição de ruralidade, voltando-se para o imóvel rural, o bem material. Assim, desconsiderou, por exemplo, que as áreas ditas rurais também são lugares para se viver, outros modos de produção que não aqueles tradicionalmente agrícolas. Dessa forma, a legislação conceitua imóvel rural como sendo:

> O prédio rústico, de área contínua qualquer que seja a sua localização que se destina à exploração extrativa agrícola, pecuária ou agro-industrial, quer através de planos públicos de valorização, quer através de iniciativa privada (BRASIL, 2012, p. 2).

A Constituição Federal de 1988 trata a terra como um bem social quando afirma que o imóvel rural que não cumpre com a sua função social é passível de desapropriação, ao passo que protege a pequena e média propriedade rural, desde que seja o único imóvel do proprietário, e a propriedade produtiva (BRASIL, 1988). Embora tenha criado com isso um mecanismo para coibir problemas como o trabalho escravo, o latifúndio, a especulação imobiliária, a carta magna, tal como o Estatuto da Terra, também não se debruça sobre o conceito de ruralidade.

O Código Tributário Nacional brasileiro estabelece que os impostos das áreas rurais são de competência da União, e os impostos das áreas urbanas são de responsabilidade do município, cabendo a ele definir por lei sua zona urbana

(BRASIL, 1966, p. 64). Esse instrumento legal também não define o que vem a ser "área rural", mas estabelece em seu artigo 32, § 1º que para se considerar zona urbana a área deve apresentar "pelo menos 2 (dois) dos incisos seguintes, construídos ou mantidos pelo Poder Público":

> I – Meio-fio ou calçamento, com canalização de águas pluviais.
> II – Abastecimento de água.
> III – Sistema de esgotos sanitários.
> IV – Rede de iluminação pública, com ou sem posteamento para distribuição domiciliar.
> V – Escola primária ou posto de saúde a uma distância máxima de 3 (três) quilômetros do imóvel considerado.

Esse instrumento, além de negar a possibilidade de melhorias nos espaços rurais, visto que a existência de equipamentos de infraestrutura e de serviços de pelo menos dois daqueles incisos é suficiente para negar a condição de rural, ainda possibilita a "extensão exagerada das zonas urbanas e a conseguinte retração e desqualificação das áreas rurais" (MIRANDA; SILVA, 2013, p. 423).

O rural para fins estatísticos

A distinção entre os espaços rurais e urbanos adotados no Brasil, para fins estatísticos e de análises oficiais, refere-se àquela definida por Lei Municipal, definição adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A variável que se refere à população do campo, da floresta e das águas, nas bases de dados do instituto, denomina-se população residente em "situação de domicílio rural". A classificação das áreas em urbano/rural, dentro dos limites municipais, é realizada em setores censitários[4].

Nos microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) de 2011 e no censo de 2010, por exemplo, a variável "situação do domicílio rural" pode ser denominada ainda como: "Rural – Aglomerado rural de extensão urbana"; "Rural – Aglomerado rural, isolado, povoado"; "Rural – Aglomerado rural, isolado, núcleo"; Rural – Aglomerado rural, isolado, outros aglomerados" e "Rural

[4] "O setor censitário é a menor unidade territorial formada por área contínua, integralmente contida em área urbana ou rural, com dimensão adequada à operação de pesquisas e cujo conjunto esgota a totalidade do Território Nacional, o que permite assegurar a plena cobertura do País" (IBGE, 2011).

– Zona rural incluindo aglomerado". Para melhor esclarecer, as notas metodológicas da Pnad (2011) dizem que:

> Como situação urbana, consideram-se as áreas correspondentes às cidades (sedes municipais), às vilas (sedes distritais) ou às áreas urbanas isoladas. A situação rural abrange toda a área situada fora desses limites (PNAD, 2011, p. 17).

Percebe-se que a definição do rural adotada pelo IBGE é uma não descrição. O rural é o que está "fora" das áreas urbanas. Para eles, "Os domicílios de situação rural são aqueles localizados nas áreas rurais, definidas como áreas externas aos perímetros urbanos" (IBGE, 2011). Esse mesmo critério é utilizado para classificar a população rural (IDEM).

Essa atual classificação urbano-rural não consegue representar a heterogeneidade do rural brasileiro. E por isso vem sendo objeto de vários estudos que sugerem critérios mais consistentes na definição dessa tipologia (MIRANDA; SILVA, 2013).

A combinação das informações de tamanho populacional do município, de densidade populacional e de localização apresenta-se com uma proposta viável que se tivesse sido adotada em 2000, classificaria como rural 80% dos municípios, traduzindo-se em 30% da população brasileira (MIRANDA; SILVA, 2013).

Regiões rurais brasileiras: um primeiro passo

Em 2015, o IBGE divulgou a metodologia adotada para a definição das regiões rurais brasileiras como sendo a etapa final do Projeto "Atlas do espaço rural brasileiro 2011", que resultou na criação de 104 regiões rurais brasileiras. Seu objetivo consistiu em "elaborar a divisão regional do Brasil a partir da dinâmica geográfica traçada pela produção agroindustrial no território nacional" (IBGE, 2015). Segundo o Instituto (2015), essa regionalização proporcionará:

> Divulgação dos dados censitários mais próxima às novas demandas da sociedade em torno da produção de informações segundo recortes territoriais cada vez mais ajustados às diversas formas de ocupação construídas ao longo do tempo (IBGE, 2015, p. 5).

Do ponto de vista metodológico, para a definição das regiões rurais, o Instituto considerou as propostas de regionalização que incluem as noções de

território-rede e território-zona ou de uso contínuo. Desse modo, as regiões rurais brasileiras foram definidas considerando características de fluidez e movimento – tal como admite o território-rede – e de estabilidade – exatamente como admite o território-zona (IBGE, 2015).

A definição de território-rede está profundamente relacionada à produção, à interação entre territórios. O critério definidor do território-rede é o grau de centralidade, ou seja, a força que as cidades exercem sobre o campo no contexto agrocontemporâneo. Consiste em um mapeamento das redes estruturadas formadas pela movimentação das grandes corporações interconectadas. O fluxo dessa rede é alimentado pela fragmentação das atividades relacionadas com o processo produtivo dessas corporações (IBGE, 2015).

Quanto ao território-zona ou de uso contínuo, a definição relaciona-se à organização e ao uso contínuo do território. Definem espaços de contiguidade, de grande extensão, tal como elucidou IBGE (2015):

> Território-zona ou de uso contínuo, ele é entendido nesse projeto pelos usos dominantes do espaço rural, aí incluídas também as grandes extensões do território nacional delimitados por legislação especial, como é o caso das Terra Indígenas e Unidade de Conservação (IBGE, 2015, p. 8).

Esse esforço, embora fortemente influenciado pela produção do agronegócio, e, portanto, do grande produtor, representa um posicionamento oficial institucionalizado a favor de uma nova abordagem dos espaços rurais. Retrata, principalmente, o reconhecimento de que a simples dicotomia urbano-rural não consegue representar as diversas formas de organização espacial do rural brasileiro. O documento pode ser um prenúncio de uma maior preocupação e de uma abordagem mais qualificada sobre o tema, ainda que sob um viés limitado.

Sistemas de informação de saúde no Brasil e a população rural

Esses sistemas são mantidos sob a responsabilidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), integrado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), no Ministério da Saúde (MS). Sua principal responsabilidade consiste em prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e de suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle. O Datasus foi criado pelo Decreto 100 em 16 de

abril de 1991, desenvolveu mais de 200 sistemas para atender ao SUS, voltados para as mais diversas áreas da saúde: ambulatoriais, regulação, hospitalar, gestão, epidemiológica, vitais, entre outras (BRASIL, 2015).

Para fins deste estudo, foram explorados os sistemas de informação em saúde de eventos vitais (SINASC, Sinan e SIM) e outros gerenciais de planejamento, de controle e de operação do SUS (Siab, Siscolo, Sismama, SI-PNI, Hiperdia e Sisprenatal). A esse respeito ver Quadro 1. Nesses sistemas, apenas o Sinan e o Siab fazem referência direta à população rural mediante à variável "zona de residência", que contempla os atributos rural/urbana/periurbana/ignorado. Essa característica representa forte potencial de análise da situação de saúde da população-alvo dessa pesquisa. Em função disso, especialmente quanto ao Sinan, é expressivo o número de estudos publicados sobre temas como intoxicação por agrotóxicos, acidentes ofídicos e outros animais peçonhentos, tuberculose, leishmaniose.

O Hiperdia e o Sisprenatal possuem a variável "Gestante acompanhada pelo PSF", que relaciona a gestante à unidade de saúde, que pode ou não estar situada em área rural. Utilizando-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) pode-se verificar sua localização geográfica.

O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) foi criado em 1975 pelo Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de reunir dados de óbitos ocorridos no país, sendo a referência nacional para informações sobre mortalidade (BRASIL, 2015a). Suas variáveis possibilitam a construção de indicadores e de estudos epidemiológicos fundamentais para embasamento das decisões da gestão e para o acompanhamento da situação de saúde da população pelo controle social (BRASIL, 2015a).

Quadro 1: Sistemas de informações em saúde de eventos vitais e outros sistemas gerenciais de planejamento, controle e operação do SUS

Sistema	Descrição geral	Abrangência	Ficha-base visibiliza população rural?[1]	Limitação
SIM	Sistema desenvolvido para coletar, processar, consolidar dados sobre mortalidade no país.	Municipal e Estadual	Não	Não permite identificar se o local da ocorrência do evento se deu ou não em áreas rurais.

Sistema	Descrição geral	Abrangência	Ficha-base visibiliza população rural?[1]	Limitação
SINASC	Sistema desenvolvido para coletar, processar, consolidar dados sobre natalidade no país.	Municipal, Regional, Estadual e Federal	Não	Não permite identificar se o local da ocorrência do evento se deu ou não em áreas rurais.
Sinan	Coleta de dados dos agravos de notificação obrigatória em todo o território nacional, orientando a investigação de casos de doenças e agravos e fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade.	Municipal, Estadual e Federal	Sim	Subnotificação e incompletude dos dados (alta frequência de “zona de residência” em branco).
Siab	Informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.	Municipal, Estadual e Federal	Sim	Baixa cobertura e incompletude dos dados, substituído pelo E-SUS.
SI-PNI	Sistema do Programa Nacional de Imunização que permite a avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias e o controle do estoque de imunobiológicos.	Municipal, Estadual e Federal	Não	Cobertura variável. Em algumas localidades apresenta baixa cobertura.

Sistema	Descrição geral	Abrangência	Ficha-base visibiliza população rural?[1]	Limitação
Siscolo/ Sismama	Sistema voltado para a prevenção e o controle do câncer. Desenvolvido pelo Datasus em parceria com o Inca, fornece dados sobre a população examinada, laudos de exames citopatológicos e histopatológicos, seguimento de casos alterados, qualidade dos serviços, entre outras informações.	Municipal e Estadual	Não	Não permitem identificar se o local da ocorrência se deu ou não em áreas rurais.
Hiperdia	Cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial SUS.	Municipal e Federal	Sim[2]	Cobertura variável. Em algumas localidades apresenta baixa cobertura.
Sisprenatal	Acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do SUS.	Ambulatorial, Municipal, Estadual e Federal	Sim[2]	Não está presente em todos os municípios.

Fonte: Datasus, 2015.
Nota: ([1]) Constatação a partir da consulta da ficha-base do sistema. ([2]) Vincula o paciente à Unidade de Saúde, que pode ou não estar instalada em área rural

Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

A Declaração de Óbito (DO) é o documento-base utilizado para alimentação do SIM. Esse material é padronizado nacionalmente, fornecido pelo MS e distribuído pelas Secretarias Estaduais e Municipais de saúde seguindo o fluxo preconizado,

atualmente disposto nos artigos 20 a 26 da Portaria nº 116 MS-SVS, de 11 de fevereiro de 2009[5] (BRASIL, 2006). A Declaração é preenchida pelo profissional médico ou, na impossibilidade dele, pelo cartório diante de duas testemunhas.

As DO são emitidas em todos os óbitos, naturais ou violentos; quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento e no óbito fetal[6] (BRASIL, 2006). A inexistência da Declaração impossibilita a obtenção da certidão de óbito e a realização do sepultamento. A Portaria nº 20, de 3 de outubro de 2003, do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, em seu artigo 8º determina que:

> Deverá ser utilizado o formulário da Declaração de Óbito – DO, constante no Anexo I desta Portaria, como documento padrão de uso obrigatório em todo o País, para a coleta dos dados sobre óbitos e indispensável para a lavratura, pelos Cartórios do Registro Civil, da Certidão de Óbito (BRASIL, 2006, p. 30).

A matéria do sepultamento foi tratada pela Lei dos Registros Públicos (Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973), em seu artigo 78, que diz:

> Nenhum enterramento será feito sem certidão de oficial do registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte (BRASIL, 1973, p. 11).

Essas medidas legais favorecem maior cobertura do SIM em território nacional. Em 2004, a cobertura, embora variável em algumas regiões do país, chegava a 90%, sendo um pouco menor na região Nordeste (REDE..., 2008).

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) em muito se assemelha ao SIM. Criado em 1990, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de

---

[5] A referida Portaria determina que em função das características do óbito, ou do local de sua ocorrência, o fluxo da DO varia.

[6] [...] "se a gestação teve duração igual ou superior a 20 semanas, ou o feto com peso igual ou superior a 500 gramas, ou estatura igual ou superior a 25 centímetros". (BRASIL, 2006).

reunir dados sobre os nascimentos no país, é a referência nacional para informações sobre natalidade, fornecendo dados sobre os nascidos vivos, a gravidez, o parto e as condições da criança ao nascer (REDE..., 2008). Suas variáveis possibilitam a construção de indicadores e a realização de estudos epidemiológicos fundamentais para o embasamento das decisões da gestão e ao acompanhamento da situação de saúde da população pelo controle social.

Mediante os dados do SINASC, é possível identificar prioridades de intervenção relacionadas à saúde da mãe e do bebê, fornecer indicadores de saúde sobre pré-natal, assistência ao parto, vitalidade ao nascer, mortalidade infantil e materna. Por meio dos dados do Sistema também é possível avaliar e monitorar políticas públicas, conforme menciona a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.

> Poderão ser compartilhados com outros órgãos públicos, para elaboração de estatísticas voltadas ao desenvolvimento, avaliação e monitoramento de políticas públicas, respeitadas as normas do Ministério da Saúde sobre acesso a informações que exigem confidencialidade (BRASIL, 2012, p. 1).

A Declaração de Nascido Vivo (DNV) é o documento-base utilizado para alimentação do SINASC. Esse material é padronizado em todo o país, sendo fornecido pelo MS, em três vias (REDE..., 2008).

A DNV, ao contrário da DO, pode ser preenchida por vários atores. Para os partos realizados em hospitais e estabelecimentos de atenção à gestante, a primeira via da DNV deve ser preenchida e coletada pela secretaria de saúde correspondente, e no caso de partos domiciliares, sem assistência de profissional de saúde, cabe aos cartórios do registro civil (REDE..., 2008). A inexistência da DNV impossibilita a obtenção da certidão de nascimento. A esse respeito, o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, artigo 10, inciso IV, determina que:

> Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato (BRASIL, 1990a, p. 3.)

SIM e SINASC: é preciso avançar para dar visibilidade à população do campo, da floresta e das águas

Diante do exposto, observou-se mediante análise da DNV e da DO, documentos base do SIM e do SINASC, que não identificam se o local da residência da população está inserido, ou não, em áreas rurais (Figura 1). Isso representa barreira na construção de indicadores de mortalidade. Esses dois sistemas, além de servirem de base para o cálculo dos coeficientes de nascidos vivos e de mortalidade, são fundamentais para o planejamento na área da saúde.

A mortalidade infantil, a infanto-juvenil e a materna são indicadores potentes que estão relacionados às condições socioeconômicas, demográficas e culturais do local. Seu conhecimento é fundamental para embasar a tomada de decisões e implementar a avaliação de programas e de políticas públicas na área de saúde (GASPAR et al., 1998). Entretanto, não é possível o cálculo direto desses indicadores para as áreas rurais brasileiras utilizando-se como base o SIM e SINASC.

Esses SNIS, considerados os mais importantes do país, apresentam boa cobertura, embora variável. Estima-se que nos próximos dez anos, os programas captem 100% dos eventos de nascimento e de morte no país. (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007). Certamente, esses sistemas contemplam boa parte das populações-alvo dessa pesquisa. Entretanto, não a identificam como tal. Essa diferenciação é fundamental para responder questões relativas ao perfil epidemiológico dos nascimentos, dos óbitos e de aspectos relacionados ao parto e à mãe. Então, questões como "Qual a incidência do baixo peso ao nascer nas áreas rurais"; "Como se dá o acesso ao parto para a mulher do campo, floresta e águas"; "Quais suas principais causas de mortalidade"; "Qual a mortalidade por câncer nas áreas rurais" e tantas outras relativas à mortalidade e nascimento seriam facilmente respondidas se houvesse uma variável nesses SNIS que possibilitasse identificar essa população.

Com respeito à localização da residência, são disponibilizados os dados agrupados por região, unidade da federação, município, região de saúde (CIR), macrorregião de saúde, divisão administrativa estadual, microrregião IBGE, região metropolitana – Ride, território da cidadania, mesorregião PNDR, Amazônia Legal, semiárido, faixa de fronteira, zona de fronteira, município de extrema pobreza. Isso é possível, pois a variável código referente ao município de residência utiliza-se da codificação adotada pelo IBGE.

Tecendo algumas considerações “finais” e “matutando” possibilidades para o futuro

Esse modo subdimensionado, estático, dicotômico (campo-cidade) que o rural é percebido, institucionalmente, para fins estatísticos e de análises oficiais, tem implicações na forma como os sistemas de informações de saúde enxergam a situação das populações classificadas como rurais.

Tem-se a subnotificação no Sinan e a baixa cobertura no Siab, mas ao menos eles contemplam a variável “zona de residência”. Em relação ao Siab, merece ser destacada a fragilidade dos dados informados, pois muitos campos não são preenchidos ou são de forma incorreta, o que impacta nas análises estatísticas. Esse sistema vem sendo desativado, ao passo que é implantado o e-SUS, com vistas a melhorar as informações da atenção básica à saúde.

Em relação ao Sinan, observa-se o preenchimento inadequado, ou ainda o não preenchimento de alguns dados, sendo, portanto, questionável a qualidade das informações geradas, as quais viram estimativas subnotificadas. A exemplo disso, destacam-se as notificações das doenças relativas ao trabalho e às violências como parte do grande desafio a ser visibilizado no sistema. As dificuldades estão relacionadas desde a identificação dos casos, até o preenchimento adequado por parte dos profissionais que entram em contato direto com o usuário do SUS, passando pelo pessoal que realiza a digitação dos dados nos sistemas. Trata-se de uma rede complexa de informações que poderia ser melhorada com informatização e acesso à internet nas unidades básicas de saúde.

Os sistemas vitais de cobertura nacional, como o SIM e o SINASC, não possuem a variável “zona de residência” (rural/urbana). Uma possível solução para superar isso seria integrar aos SNIS a codificação utilizada pelo IBGE a fim de identificar os setores censitários (CD – Geocodi), o que implicaria em adicionar uma variável na DO e na DNV, e isso não é um processo simples, pois os setores censitários são classificados quanto à zona urbana ou rural. Essa medida traria grandes possibilidades metodológicas, especialmente àquelas relacionadas com a decisão espacial que se utilizam de técnicas de geoprocessamento.

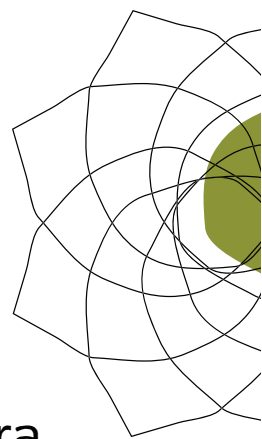
A inclusão dessa variável nos citados instrumentos permitiria conhecer a situação de saúde da população brasileira no âmbito do setor censitário. Como resultado, teríamos maior precisão espacial em relação à localização das necessidades de saúde da população e à avaliação, ao monitoramento e ao controle dos serviços prestados à população.

Entretanto, considerando o cenário atual, apenas é possível a realização de estudos indiretos para inferir a situação de saúde da população classificada como rural. Nesse sentido, um caminho viável seria adotar a combinação das informações de tamanho populacional do município, densidade populacional e localização apresentada por Miranda e Silva (2013).

O resultado dessa junção de variáveis levaria à dicotomia: municípios mais rurais e municípios mais urbanos.

Por fim, acrescentamos que, embora os SNIS tenham avançado muito no Brasil, a desarticulação, a fragmentação e a incompletude dos dados ainda são problemas a serem superados. Diante disso, é fundamental identificar e reconhecer as populações mais vulneráveis (do campo, da floresta e das águas em situação de rua, LGBT, negra, entre outras) para se dar um primeiro passo para visibilizá-las nas políticas públicas. A fim de que se possa priorizá-las, é preciso que essas populações passem a ser vistas também em termos oficiais, ou seja, elas precisam existir nas bases oficiais de informações de saúde. Diante disso, um grande desafio é posto para os sistemas de informação de um SUS que quer ser universal e equânime.

CAPÍTULO 6

Saúde e violência contra as mulheres do campo, da floresta e das águas: desafios para o SUS

Rackynelly Alves Sarmento Soares
Vanira Matos Pessoa
Ronei Marcos de Moraes
Ana Valéria Machado Mendonça
Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas
Fernando Ferreira Carneiro

Desde a década de 1960, o Brasil tem apresentado contínua redução da sua população rural, seguindo até a década de 1980, de maneira, relativamente, homogênea quanto ao sexo e à idade dos indivíduos. Essas famílias foram expulsas do campo em função do processo de modernização conservadora da agricultura (CARNEIRO, 2015) e tiveram que buscar melhores condições de vida na cidade. De acordo com Froehlich et al. (2011), o sentido migratório campo-cidade continua a acontecer na atualidade, porém com menor intensidade e de forma seletiva, atingindo, principalmente, pessoas jovens e do sexo feminino.

Para esse fenômeno, dá-se o nome de masculinização do meio rural, caracterizado pelo déficit de mulheres em relação à proporção que deveria existir, naturalmente, entre os sexos (STROPASOLAS, 2012). Vê-se, assim, a predominância masculina confirmada nos dados do último censo. De acordo com o IBGE (2010), entre os 29.830.007 residentes em área rural, 52,62% são pessoas do sexo masculino. Entretanto, na cidade, percebe-se um efeito inverso. Tal afirmação pode ser comprovada, levando em consideração que, em 2010, 51,71% dos residentes em área urbana eram do sexo feminino (IDEM).

Estudo realizado no Rio Grande do Sul por Froehlich et al. (2011) confirmou a consolidação da masculinização rural naquela Unidade da Federação (UF), especialmente na faixa etária de 25 a 29 anos. A investigação constatou,

ainda, ocorrência do envelhecimento rural, uma vez que a faixa etária de sessenta ou mais anos foi a única, neste estudo, que apresentou aumento populacional.

É importante destacar também que a permanência da população idosa no campo tem como fator motivador a aposentadoria rural (FROEHLICH et al., 2011).

O direito dos trabalhadores rurais à aposentadoria como segurados especiais acontece aos sessenta anos para homens e aos 55 para mulheres. A aposentadoria rural especial é concedida para o agricultor familiar, ou seja, o meeiro ou o campesino que arrenda até quatro módulos rurais. Para tanto, o trabalhador do campo precisa comprovar que atingiu o tempo de aposentadoria realizando atividades no campo (BRASIL, 2015).

Não se pode deixar de destacar que a pecuária extensiva e a agricultura empresarial mecanizada contribuem para a ocorrência da masculinização, ao passo que a agricultura familiar favorece a permanência da mulher no campo. Entretanto, questiona-se que outros fatores contribuiriam para essa evasão feminina da zona rural. Indaga-se: Seria a falta de projeto para as mulheres nesse novo cenário da agricultura moderna do agronegócio, frente às múltiplas opções de trabalho que a agroecologia oferece para as mulheres? Seria a violência contra a mulher um possível fator potencializador para o agravamento do processo de masculinização do rural brasileiro?

Tais questionamentos surgiram com base nas análises do Observatório da Política de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas (Obteia) – Teia de Saberes, vinculado ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (Nesp/UnB), motivados pelos relatos apresentados no Grupo da Terra e, também, por diversos membros de movimentos sociais populares. Acerca disso, Woortmann, Menache e Heredita (2006, p. 33) relatam que [...] a violência é hoje para as mulheres trabalhadoras rurais, uma grande preocupação e uma prioridade de luta no combate a todo tipo de agressão. No meio rural a violência doméstica cresce muito [...].

Em agosto de 2015, em Brasília, cerca de cem mil mulheres realizaram a chamada Marcha das Margaridas. Vindas de todas as regiões do país, organizaram-se com o intuito de avançar no debate sobre o

> [...] combate à pobreza, no enfrentamento à violência contra as mulheres, na defesa da soberania alimentar e nutricional e na construção de uma sociedade sem preconceitos de gênero, de cor, de raça e de etnia, sem homofobia e sem intolerância religiosa (Contag, 2015).

Dentre os objetivos políticos desse movimento, estão a denúncia e o protesto contra todas as formas de violência, de exploração e de discriminação.

Com dificuldades de vocalização, por viverem em áreas de difícil acesso, as mulheres da floresta, do campo e das águas são protagonistas de uma estatística de violência doméstica, por vezes invisibilizada pelo silêncio, pela banalização do problema por parte da sociedade, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, segurança e educação.

Nesse sentindo, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) foi criado em 1985 para promover políticas que buscassem eliminar a discriminação contra a mulher e assegurar sua participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país. Naquela época, ainda que com atribuições restritas, o tema da agressão já era pautado nesse conselho.

A partir de 2003, no Brasil, a temática da violência contra as mulheres ganha mais espaço nas discussões, nos debates e nas reivindicações entre movimento social organizado e o governo. Dentre as conquistas, evidencia-se: o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à violência contra as mulheres e a Lei Maria da Penha[1].

Destaca-se, ainda, que, dentre os atendimentos realizados pela Central de Atendimento à Mulher[2], no período de janeiro a junho de 2011, 2,4% dos casos eram de mulheres que se identificaram como do campo e da floresta. Desse universo, 19,4% relataram que sofreram violência doméstica e familiar (BRASIL, 2013).

Vale destacar que a violência é um fenômeno de caráter multicausal que sofre interferência de vários fatores, entre eles ambientais, biológicos, psicológicos e sociais. A prática é tão antiga quanto a humanidade e assume configuração própria em cada tempo histórico.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002),

> [...] não há um fator único que explique porque algumas pessoas se comportam de forma violenta em relação a outras, ou porque a violência ocorre mais em algumas comunidades do que em outras. A violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais. Entender como esses fatores estão relacionados à violência é um dos passos importantes na abordagem de saúde

---

[1] Lei nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006.

[2] Trata-se de um serviço gratuito criado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, em 2005, para servir de canal direto de orientação sobre direitos e os serviços públicos para a população feminina em todo o país: O Ligue 180.

> pública para evitar a violência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002, p. 12).

Para fins de notificação compulsória pelos serviços de saúde, a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, entende por violência contra as mulheres "qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, até mesmo decorrente de discriminação ou de desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado" (BRASIL, 2003). Esse tipo de violência pode ser doméstica, institucional ou ocorrida na comunidade (BRASIL, 2003).

No âmbito da saúde, esse "fenômeno social" é registrado, desde 2009, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) como violência doméstica, sexual e/ou outras violências, classificado como Y09 na CID10. Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a violência contra a mulher refere-se à:

> [...] qualquer conduta – ação ou omissão – de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo simples fato de a vítima ser mulher e que cause dano, morte, constrangimento limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, ou econômico ou perda patrimonial (CNJ, 2015, p. 1).

Dentre os tipos de violência doméstica e familiar contra a mulher, a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como a Lei Maria da Penha, classifica as violências como sendo: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (BRASIL, 2006). Entretanto, as duas últimas são mais difíceis de serem entendidas e denunciadas pelas vítimas, principalmente quando ocorrem no meio rural.

Dessa forma, mesmo considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha constituído avanços importantes, dentre eles destaca-se a expansão da Atenção Básica à Saúde (ABS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), com vistas a coordenar o cuidado em saúde, tendo como princípios a equidade, a universalidade, a integralidade e a participação comunitária, sabe-se que ainda há enormes desafios a serem superados. Assim, destacam-se, principalmente, quando se foca nas populações rurais, uma vez que essas populações residem em áreas consideradas de difícil acesso, ou seja, em regiões onde ainda persistem sérias dificuldades de acesso à saúde no seu conceito ampliado.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi elaborar perfil crítico da saúde da

mulher do campo, da floresta e das águas, dialogando principalmente com a questão da violência e de outras fundamentais ligadas à defesa da vida.

Caminhos metodológicos

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, de base populacional e apoiado em dados secundários, realizado no período de 2010 a 2012. No que se refere, especificamente, aos dados secundários, foram retirados das seguintes fontes: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) – Suplemento Saúde – 2008; Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); e o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). Utilizaram-se os números da Pnad, tendo em vista que são adequados para perceber desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde (TRAVASSO; CASTRO, 2012).

No que tange ao Sinan, foram colhidos distintos dados, como idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, tipologia da violência, meios de agressão, lesões causadas, agressor, encaminhamentos para os serviços de saúde e zona de residência. Vale destacar que os referidos dados correspondem às informações do período de 2010 a 2012. Selecionaram-se todos os casos da CID10 Y.09, que corresponde à violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Vale ressaltar que para essa variável considerou-se apenas o sexo feminino e a zona de residência rural.

Destaca-se que a variável idade foi categorizada em quatro fases cronológicas, a saber: criança (de 0 a 14 anos); adolescente (de 15 a 17 anos); adulta (de 18 a 59 anos); e idosa (60 anos ou mais). Torna-se importante rever essa categorização, uma vez que adolescente é o indivíduo de 10 a 19 anos, segundo OMS. Caso fosse utilizado o Estatuto da Criança e do Adolescente do Brasil, esse período contaria dos 12 aos 18 anos.

Os dados foram analisados por meio do Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0, apresentados em tabelas e figuras neste trabalho.

Por fim, destaca-se que esta pesquisa está vinculada a um projeto maior, intitulado: Pesquisa avaliativa da implantação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) em distintos cenários do Brasil, conduzido pelo Obteia/Nesp/UnB, o qual foi cadastrado e apreciado de acordo com os preceitos éticos. Além disso, encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília (UnB), sob número 521.461.

Saúde da mulher do campo, da floresta e das águas: apontando alguns desafios

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, publicada em 2011, reforça a especificidade, a singularidade, e expõe, do ponto de vista da equidade, a dificuldade do acesso aos serviços de saúde para essas populações (PESSOA, 2015).

Em relação ao acesso à saúde, autores renomados como Sanchez e Ciconelli (2012) afirmam que o gênero exerce influência importante nessa relação. Em algumas sociedades, as mulheres não podem tomar decisões por si próprias, nem mesmo procurar pelo cuidado com a saúde sem a permissão e o auxílio do chefe da família. Assim, elas acabam por receber menos cuidados da família durante o tratamento em relação aos homens. Entretanto, nas sociedades ocidentais pode ocorrer o inverso, ou seja, as mulheres tendem a mostrar melhor predisposição para o uso dos serviços de saúde do que os homens (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Outros dados que merecem destaque se referem aos da Pnad (2008). A referida pesquisa entrevistou 97.520.238 mulheres, e, dessas, 14.845.870 (15,22%) declaram como local de residência o rural. Além disso, as análises demonstraram que, do total de mulheres do campo/rural, 29,7% (IC=28,8-30,7) autoavaliaram sua situação de saúde como deficiente (Pnad, 2008). A referida autoavaliação, embora subjetiva, pode ser um preditor para explicar a procura pelos serviços de saúde (PINHEIRO et al., 2002). Tal como no estudo de Pinheiro et al. (2002), a autoavaliação da situação de saúde das mulheres do campo, na Pnad de 1998, foi mais negativa do que a autoavaliação dos homens (25,9%; IC=24,6-26,3).

Acesso das mulheres à consulta médica e aos exames preventivos do câncer de colo de útero e de mama

Quanto à realização de consultas médicas nos últimos doze meses, 68,7% das mulheres entrevistadas responderam afirmativamente, sendo que 13,3% realizaram consultas nas duas últimas semanas (PNAD, 2008). Comparando os dados de 2008 com a Pnad de 2003, percebe-se um aumento no acesso dessas mulheres aos serviços de saúde, naquele ano, uma vez que 61,2% realizaram consultas nos últimos doze meses.

Cabe ressaltar que, mesmo havendo essa melhoria de acesso aos serviços de saúde, mais de 50% das mulheres afirmaram nunca ter realizado exame clínico das mamas e mamografia (Quadro 1). A falta da realização do primeiro exame reflete a perda de oportunidade do serviço de saúde de investigar e de atuar de forma preventiva e promotora de saúde diante de um grave problema de saúde pública que é o câncer de mama. Em relação ao acesso ao exame preventivo do câncer de colo uterino, tem-se uma situação bem melhor. Cabe interrogar que ações são necessárias para que se avance na melhoria dos cuidados à saúde dessas mulheres nos serviços de saúde, no caso, a atenção básica à saúde (ABS).

Quadro 1: Percentual de mulheres residentes em área rural que nunca fizeram exames clínico de mamas, mamografia e preventivo de colo de útero. Brasil, 2008

Tipo de exame nunca realizado	Mulheres (%)
Clínico de mamas	53,6
Mamografia	67,7
Preventivo para câncer de colo do útero	27,0

Fonte: Pnad – Suplemento Saúde (2008). Elaboração: Obteia.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), o Brasil deverá registrar, em 2016, 596.070 novos casos de câncer. Entre os homens, são esperados 295.200 novos casos, e, entre as mulheres, 300.870. As maiores incidências femininas serão de cânceres de mama (57.960), de cólon e reto (17.620), de colo do útero (16.340), de pulmão (10.860), de estômago (7.600), de corpo do útero (6.950), de ovário (6.150), de glândula tireoide (5.870) e de linfoma não-Hodgkin (5.030) (BRASIL, 2015b).

Ao serem analisadas as taxas brutas (número de casos a cada cem mil habitantes) nas diferentes regiões, observam-se algumas variações importantes. Entre as mulheres, a região Norte é a única em que o câncer de mama não será o mais incidente. Excluindo-se o câncer de pele não melanoma, o tipo da doença que afeta o sexo feminino mais frequentemente é o câncer do colo do útero. Já na região Sul, colo do útero é o quarto tipo mais comum, com os cânceres de cólon e reto e o de pulmão ocupando o segundo e o terceiro lugares, respectivamente (BRASIL, 2015b).

Com relação às doenças crônicas[3], 31,2% dessas mulheres declararam ser

[3] Problema crônico na coluna ou nas costas por enfermidades, desvios, curvaturas anormais ou deformidades na coluna vertebral; Artrite ou reumatismo; Câncer;

portadoras de, pelo menos, uma doença. Entre essas, 16,4% declararam restrição das atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas. Quanto ao hábito de fumar, a maioria declarou que não fuma (60,9%) e que não são fisicamente inativas[4] (63,4%) (PNAD, 2008).

Acesso da mulher ao pré-natal

No que tange ao acesso da mulher ao pré-natal, destaca-se que, em 2012, no Brasil, foram cadastradas 7.862.456 gestantes no Siab. Dessas, 22,5% residiam em área rural, e, dentre as da zona rural, 23,9% apresentavam idade inferior a vinte anos.

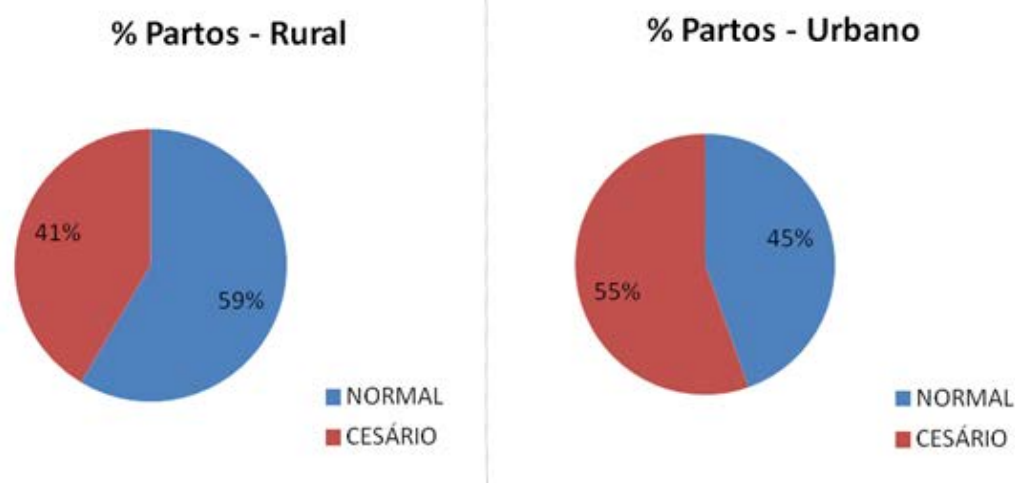
Com relação à vacina toxóide tetânico (TT), a maioria (93,7%) das gestantes residentes em área rural estava devidamente vacinada. Além disso, 78,01% teve acesso ao acompanhamento pré-natal durante o 1º trimestre de gestação. Salienta-se que esses fatores são essenciais para a saúde tanto da gestante quanto do bebê.

Com relação à adesão e à regularidade no atendimento pré-natal, dados do Siab apontam que no ano de 2012, 90,3% das gestantes brasileiras residentes em área rural, acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), estavam com pré-natal em dia.

No que tange ao parto, dados da Pnad de 2008 apontam que o número de partos normais é maior em gestantes residentes na área rural quando comparado com as da área urbana (Figura 1). Além disso, todos os partos das mulheres residentes em área rural foram financiados pelo SUS, tanto os normais quanto os cesáreos (PNAD 2008).

Diabetes; Bronquite ou asma; Hipertensão; Doença do coração; Insuficiência renal crônica; Depressão; Tuberculose; Tendinite ou tenossinovite; Cirrose.

[4] São consideradas inativas as mulheres que, simultaneamente: não costumam ir a pé ou de bicicleta de casa para o trabalho (caso trabalhem); no seu trabalho, não andam a maior parte do tempo, não carregam peso ou fazem outra atividade que requer esforço físico intenso (caso trabalhem); nos três últimos meses, não praticaram algum tipo de exercício físico ou esporte e não fazem a faxina (limpeza pesada) no seu domicílio.

Figura 1: Percentual de atendimentos de internações por tipo de parto, segundo a situação de residência (rural/urbano)

Fonte: Pnad – Suplemento Saúde, 2008. Elaboração: Obteia.

Domingues *et al.* (2013) mencionam que mulheres atendidas pelo setor público mantêm preferência mais baixa pelo parto cesáreo. Entretanto, não são apoiadas na sua opção pelo parto normal no final da gestação. Os autores destacam que tanto no setor público quanto no privado, as gestantes são submetidas a um modelo de atenção que torna o parto normal uma experiência dolorosa, sendo a dor do procedimento o seu grande medo e a principal razão para a preferência por uma cesariana. Na verdade, é desafio de todos a transformação das recomendações das políticas em práticas, adotando, seja nos serviços públicos seja nos privados, protocolos assistenciais baseados em evidências científicas, com tratamento digno e respeitoso às mulheres.

Sífilis em gestante e sífilis congênita

Sabe-se que, mesmo existindo medidas de prevenção, como o uso de preservativos, com a existência de diagnóstico laboratorial, sensível e específico [5], e de tratamento acessível com altos índices de cura, a sífilis congênita continua a ser um problema mundial, caracterizando-se como um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2007; DUARTE, 2012).

Vale ressaltar que as gestantes infectadas pelo Treponema Pallidum tornam-se casos ainda mais graves, em decorrência da possibilidade de transmissão do

[5] Medidas estatísticas utilizadas em exames/diagnósticos. A sensibilidade mede a capacidade de um teste detectar a doença entre os doentes. A especificidade mede a capacidade de um teste dar negativo quando as pessoas não tem a doença

agente infeccioso durante a gravidez, sendo a sífilis gestacional (SG) e a sífilis congênita (SC) agravos de notificação compulsória, constantes da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 (BRASIL, 2014).

Sendo assim, evidencia-se a grande importância de proporcionar um diagnóstico correto no pré-natal. O Ministério da Saúde do Brasil vem divulgando a problemática de forma ampla e difundindo conhecimentos e protocolos aos profissionais de saúde, como os manuais e os cadernos da Atenção Básica de Saúde, direcionados àqueles que formam as equipes da Estratégia Saúde da Família. Domingues et al. (2013) são enfáticos ao destacarem as principais barreiras para a superação do referido problema: o acesso das gestantes e dos parceiros ao início precoce da assistência pré-natal, à testagem sorológica e ao tratamento adequado da sífilis; e as barreiras relacionadas aos profissionais de saúde, como baixo conhecimento da situação da sífilis congênita na região em que trabalham, baixa familiaridade com os protocolos assistenciais e dificuldades na abordagem das DST, principalmente de profissionais sem especialização em obstetrícia/saúde da mulher (DOMINGUES et al., 2013).

Entretanto, é de suma importância destacar que os testes rápidos, o acompanhamento sorológico por meio do VDRL, solicitado no primeiro e terceiro trimestres da gestação, são medidas que permitem diagnóstico e tratamento oportunos, sendo consideradas medidas relativamente simples e extremamente eficazes (BRASIL, 2010).

De acordo com dados do Sinan, no período de 2009 a 2011, foram notificados 29.704 casos confirmados de sífilis em gestante, sendo 2.952 (9,9%) casos confirmados na zona rural, com uma média anual de 984 casos. Não houve registro de óbitos em gestante no período. Essa doença pode ser facilmente diagnosticada e tratada na ABS, sendo extremamente relevante seu tratamento por conta da probabilidade do desenvolvimento da sífilis congênita. A enfermidade é grave e traz repercussões negativas para a saúde da criança.

Em relação à sífilis congênita, foram notificados no Sinan, no período de 2009 a 2011, 21.887 casos confirmados, sendo 1.440 (6,58%) na zona rural, com uma média anual de 480 ocorrências. Em 12,35% dos casos confirmados na zona rural, a mãe não realizou exame pré-natal. O total de óbitos confirmados, na zona rural, nesse período, foi 26.

A letalidade média foi de 33,3%. O percentual de transmissão mãe/filho foi menor nas áreas rurais, o que pode indicar maior subnotificação nessas áreas do que nas urbanas (ver Quadro 2).

Quadro 2: Percentual de transmissão vertical (mãe/filho) da sífilis, segundo a zona de residência (2009-2011)

	Casos confirmados		(%) Percentual da transmissão vertical (mãe/filho)
	Sífilis em gestante	Sífilis congênita	
Rural	2.952	1.440	48,78
Urbano	25.695	19.480	75,81
Periurbano	218	167	76,61
Ignorado	839	800	95,35
Total	29.704	21.887	73,68

Fonte: MS/Sinan. Elaboração: Obteia.

Observa-se que a realização da consulta de pré-natal e o diagnóstico de sífilis na gestante não impediu a transmissão vertical da doença. Esse dado indica uma possível falha do serviço de saúde, que pode ser lida como uma baixa qualidade do pré-natal e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez (SES-SP, 2008).

A violência de gênero: outro problema em que precisamos "meter a colher"

No período de 2010 a 2012, foram registrados no Brasil, pelo Sinan, 367.435 casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Desse universo, 66% foi contra a mulher (rural e urbana). No campo, o perfil desse agravo foi semelhante àquele vivenciado pelas residentes em áreas urbanas, embora com números mais modestos – apenas 20.022 (5,45%). Dentre esses, 63,5% dos casos foi contra a mulher.

É importante lembrar que nem todo caso de violência doméstica é denunciado, embora pareça ser pequeno o número de casos no campo. Segundo dados da Fundação Perseu Abramo, a denúncia acontece apenas nas situações em que as mulheres são ameaçadas fisicamente (31%), quando a violência deixa marcas, fraturas ou cortes (21%) ou quando se encontram sob ameaças de espancamento contra si mesmas ou contra os filhos (19%) (BRASIL, 2005). Em relação a esse fato, "um dos grandes problemas em relação à violência doméstica é que as vítimas, quase sempre, silenciam, têm medo e são amedrontadas" (MINAYO, 1994a, p. 265).

Esse silêncio atinge também os profissionais de saúde que fazem o

atendimento às vítimas de violência (OLIVEIRA, 2008). Entre as razões para isso, estão a falta de tempo na consulta, a insegurança no manejo dos casos e o medo de se envolver com o tema. Assim, as mulheres vítimas de violência que conseguem acessar os serviços de saúde, muitas vezes, não são reconhecidas como vítimas dessa situação, e, em função disso, nenhum tipo de acolhimento, assistência, apoio ou encaminhamento é realizado (VIEIRA et al., 2009).

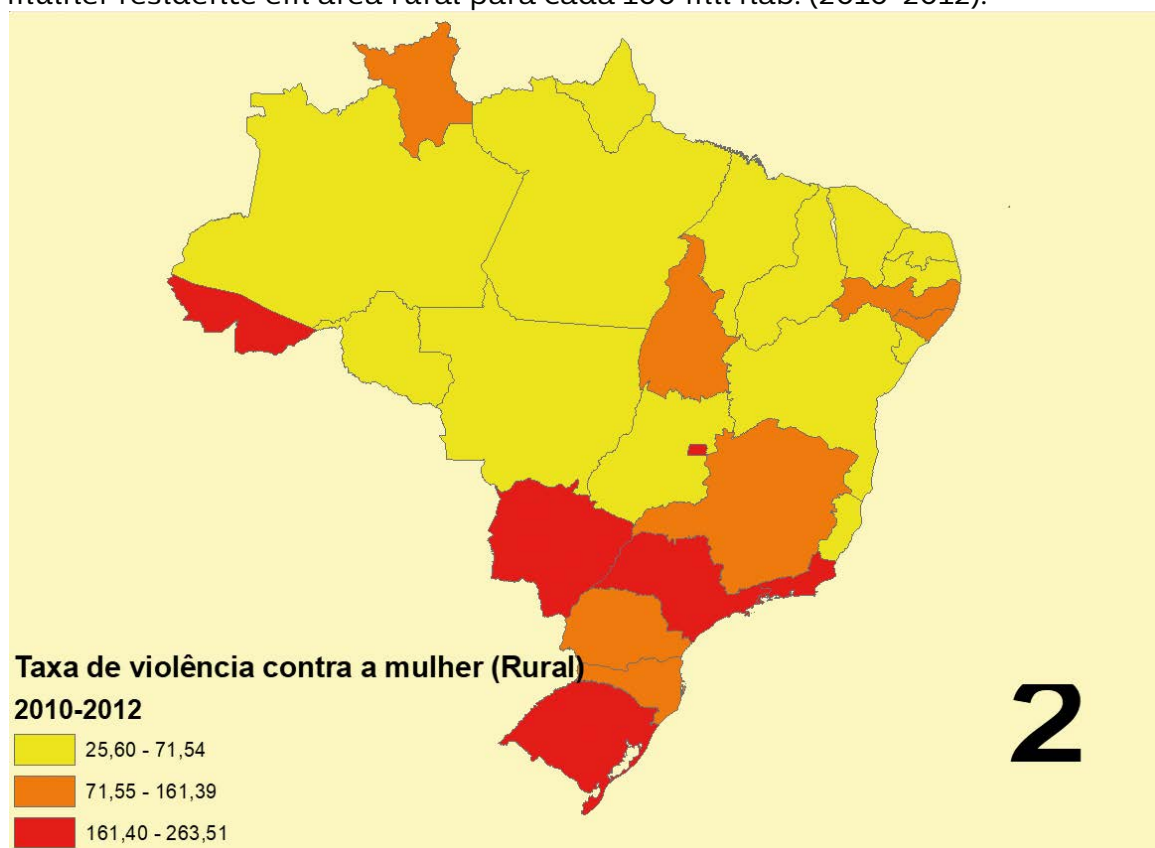
Caracterização das vítimas

Em relação ao total de notificações registradas no Sinan, no período do estudo, 12.710 casos envolviam pessoas do sexo feminino residentes em área rural. Além disso, 56,6% dessas vítimas tinham entre 18 e 59 anos de idade e, em segundo lugar, as crianças que totalizaram 20,6%. A maioria era da cor branca (36,6%) ou da cor parda (35,9%), acrescenta-se ainda que apresentavam até o ensino fundamental completo (32,4%). A maior parte era casada/união consensual (35,4%) e não era gestante no momento que sofreu violência (52,3%), ver Tabela 3.

Sabe-se que a violência no campo envolvendo crianças e adolescentes é bastante subdimensionada. Além disso, segundo informações da Unicef (2015), a produção de dados no Brasil que contempla essas faixas etárias se concentra nas áreas urbanas. As crianças e as adolescentes, juntas, totalizaram 33,4% dos casos de violência no campo (Tabela 3).

Em relação às unidades federativas (UF) do país, as taxas desse agravo concentraram-se no Distrito Federal (263,51 para cada 100 mil mulheres rurais), Acre (203,58 para cada 100 mil mulheres rurais) e São Paulo (203,08 para cada 100 mil mulheres rurais) (Figura 2). Esse resultado exige cautela na sua interpretação, pois os resultados estão muito heterogênios. Enquanto esse indicador poderia sinalizar o maior acesso ao SUS em boa parte do Sul e Sudeste, sabemos que no Acre essa não é a realidade. O que poderia explicar o registro dos casos de violência no SINAN nesse mapa? Ou, de fato, são Unidades Federativas mais violentas? A subnotificação da violência é também um fator que influencia esse resultado.

De acordo com Waiselfisz (2012), o mapa da violência de 2012 reportou que a UF que apresentou maior taxa de homicídio feminino foi o Espírito Santo, com 9,6 homicídios em cada cem mil mulheres. São Paulo ficou em 26º lugar no ranking, com 3,2 em cada 100 mil mulheres, e o Rio Grande do Sul e Minas Gerais apresentaram a mesma taxa, com 4,1 homicídios, ocupando o 19º e o 20º lugar, respectivamente.

Figura 2: Taxa de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra a mulher residente em área rural para cada 100 mil hab. (2010-2012).

Fonte: Sinan/Ministério da Saúde. Dados de 2010-2012.

Caracterização dos agressores

Com relação ao número de agressores envolvidos na violência, o mais frequente foi um (70,9%). A faixa etária que envolve as mulheres idosas foi a mais acometida, dois agressores (25,8%), entre as demais. Esse recorte etário (mulheres idosas), comparado aos demais recortes, é que mais sofre a violência financeira/econômica, conforme pode ser observado na Tabela 3.

Embora o autor da agressão seja, na maioria, do sexo masculino (63,7%), a mulher também aparece como agressora em 18,6% dos casos.

A respeito da suspeita de envolvimento do uso de álcool com a violência contra mulheres, em apenas 29% dos casos essa relação foi feita.

A proporção dos casos nos quais há suspeita de uso de álcool por parte do agressor é maior quando a vítima é adulta (36,1%). A violência doméstica, em muitos casos, está relacionada a problemas adicionais como pobreza, alcoolismo, uso e abuso de drogas e problemas mentais. Entretanto, não é possível afirmar que esses fatores representem a causa em si da violência (BRASIL, 2005). Minayo e Souza (1997, p. 514) afirmam que a "interpretação de sua pluricausalidade é,

justamente, um dos problemas principais que o tema apresenta".

Os principais agressores das crianças do sexo feminino são amigos/conhecidos (21,9%), mãe (16,8%) e pai (15,9%). Somando-se mãe, pai, padrasto e madrasta, esse percentual sobe para 42,5% (Quadro 3). Semelhante a esse achado, tem-se os dados registrados pelo Viva[6], os quais reportam que 43% das violências contra crianças de 0 a 9 anos foram praticadas pelo pai e/ou mãe (BRASIL, 2008).

Entre as adolescentes, os principais agressores são amigos (20,6%), desconhecidos (9,7%) e namorado (9,5%). Entre as mulheres adultas, o principal agressor é o cônjuge (36,2%); e entre as idosas, os principais agressores são seus próprios filhos (25,3%) e o cônjuge (17,7%) (Quadro 3).

Quadro 3: Características das mulheres vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências residentes em área rural (2010-2012)

Variáveis	Crianças (n=2.624) %	Adoles-centes (629) %	Adultas (n=7.197) %	Idosas (n=589) %	Ignorada (n=671) %	Todas (n=12.710) %
Características pessoais das vítimas						
Faixa etária Criança (até 13 anos)	-	-	-	-	-	20,6
Adolescente (entre 14 e 17 anos)	-	-	-	-	-	12,8
Adulta (entre 18 e 59 anos)	-	-	-	-	-	56,6
Idosa (60 anos ou mais)	-	-	-	-	-	4,6
Variáveis	Crianças (n=2.624) %	Adoles-centes (629) %	Adultas (n=7.197) %	Idosas (n=589) %	Ignorada (n=671) %	Todas (n=12.710) %
Ignorada (idade não informada)	-	-	-	-		5,3
Raça/cor						
Branca	31,2	33,8	39,2	55,7	20,1	36,6
Preta	8,3	9,1	8,3	6,6	7,7	8,3

[6] Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – Período de 1º/8/06 a 31/7/07.

Variáveis	Crianças (n=2.624) %	Adoles-centes (629) %	Adultas (n=7.197) %	Idosas (n=589) %	Ignorada (n=671) %	Todas (n=12.710) %
Amarela	0,7	1,0	0,7	0,7	0,3	0,7
Parda	44,3	41,6	32,3	26,3	35,2	35,9
Indígena	3,5	3,1	4,0	2,4	3,1	3,7
Ignorado	12,0	11,4	15,4	8,3	33,5	14,8
Escolaridade Analfabeto	1,0	1,0	3,9	18,7	4,6	3,6
1ª a 4ª série incompleta do EF	18,0	6,9	14,1	27,7	9,4	14,4
4ª série completa do EF	4,9	3,2	7,5	5,9	2,4	6,1
5ª à 8ª série incompleta do EF	22,1	31,4	16,0	5,3	11,5	18,5
Ensino fundamental completo	1,7	7,2	7,4	2,7	4,5	5,8
Ensino médio incompleto	0,8	19,0	5,9	1,0	3,6	6,2
Ensino médio completo	0,1	3,6	8,5	1,4	3,3	5,5
Educação superior incompleta	0,0	0,1	1,1	0,0	0,1	0,7
Educação superior completa	0,0	0,0	1,2	0,2	0,3	0,7
Ignorado	14,9	27,3	34,	36,8	52,9	30,4
Não se aplica	36,5	0,2	0,2	0,3	7,5	8,1
Situação Conjugal Solteira	34,0	71,3	23,2	9,0	22,2	30,9
Variáveis	**Crianças (n=2.624) %**	**Adoles-centes (629) %**	**Adultas (n=7.197) %**	**Idosas (n=589) %**	**Ignorada (n=671) %**	**Todas (n=12.710) %**
Casada/ União consensual	1,6	13,9	53,1	37,4	27,9	35,4

Variáveis	Crianças (n=2.624) %	Adoles-centes (629) %	Adultas (n=7.197) %	Idosas (n=589) %	Ignorada (n=671) %	Todas (n=12.710) %
Viúva	0,0	0,1	1,5	31,7	2,7	2,5
Separada	0,0	0,4	5,9	6,1	2,7	3,8
Não se aplica	57,3	2,0	1,0	0,7	13,1	13,4
Ignorado	7,1	12,3	15,3	15,1	31,4	14,1
Gestante 1º Trimestre	1,8	4,6	2,1	0,3	1,8	2,3
2º Trimestre	1,7	5,2	2,0	0,3	1,5	2,2
3º Trimestre	1,7	6,3	1,2	0,0	2,1	2,0
Idade gestacional Ignorada	0,5	1,0	0,5	0,0	0,9	0,6
Não	22,3	56,1	63,9	50,9	38,0	52,3
Não se aplica	63,8	8,7	9,6	39,7	20,9	22,7
Ignorado	8,2	18,0	20,6	8,7	34,9	17,9
Relações sexuais Só com homens	13,1	41,9	54,3	37,7	27,9	42,0
Só com mulheres ou com homens e mulheres	0,6	1,7	1,9	1,9	1,2	1,6
Não se aplica	68,8	16,9	6,1	21,2	19,8	21,9
Ignorado	17,5	39,6	37,7	39,2	51,1	34,5
Possível autor das agressões						
Número de agres-sor(es) 1 agressor	69,8	71,7	72,5	60,6	65,3	70,9
2 agressores	16,4	17,9	16,2	25,8	13,6	16,8
Ignorado	13,8	10,4	11,3	13,6	21,2	12,3
Sexo do provável autor da agressão Masculino	63,2	62,0	66,3	54,0	50,2	63,7

Variáveis	Crianças (n=2.624) %	Adoles-centes (629) %	Adultas (n=7.197) %	Idosas (n=589) %	Ignorada (n=671) %	Todas (n=12.710) %
Feminino	15,1	22,4	18,5	20,4	23,5	18,6
Ambos os sexos	6,9	2,9	1,7	8,1	2,7	3,3
Ignorado	14,8	12,7	13,5	17,5	23,5	14,4
Vínculo/ grau de parentesco do agressor com a vítima						
Pai	15,9	8,5	1,2	0,0	4,3	5,3
Mãe	16,8	4,1	0,8	1,5	5,2	4,8
Padrasto	9,3	5,3	0,5	0,0	3,0	3,1
Madrasta	0,5	0,3	0,1	0,0	0,1	0,2
Cônjuge	1,2	8,4	36,2	17,7	18,6	23,6
Ex-cônjuge	0,3	1,3	6,5	1,2	2,2	4,1
Namorado(a)	5,4	9,5	2,1	0,7	3,0	3,7
Ex-namorado(a)	0,4	2,3	1,1	0,5	1,0	1,1
Filho(a)	0,4	0,4	2,1	25,3	1,5	2,6
Desconhecido(a)	5,3	9,7	6,0	7,1	6,4	6,4
Irmão(ã)	2,7	2,0	2,5	2,7	1,8	2,5
Amigos/conhecidos	21,9	20,6	8,9	10,9	10,4	13,2
Cuidador(a)	0,8	0,2	0,1	3,1	0,9	0,5
Patrão/ chefe	0,1	0,3	0,2	0,3	0,0	0,2
Pessoa com relação institucional	0,8	0,5	0,3	0,8	0,6	0,5
Policial/ agente da lei	0,1	0,1	0,3	0,3	0,1	0,2
Outros	14,3	7,2	8,5	17,3	5,2	9,8
Ignorado	3,8	19,3	22,6	10,6	35,7	18,2
Agressor com suspeita de uso de álcool						
Sim	16,3	21,1	36,1	29,0	21,2	29,0
Não	43,4	46,0	33,9	41,4	34,9	37,8

Variáveis	Crianças (n=2.624) %	Adoles-centes (629) %	Adultas (n=7.197) %	Idosas (n=589) %	Ignorada (n=671) %	Todas (n=12.710) %
Ignorado	40,3	32,9	29,9	29,5	44,0	33,2
Caracterização da violência						
Local da ocorrência Residência	64,6	55,5	67,1	77,9	59,0	65,2
Habitação coletiva	1,1	0,7	0,8	0,5	0,6	0,8
Escola	3,1	3,9	0,3	0,2	1,0	1,4
Local de prática esportiva	0,2	0,5	0,3	0,0	0,0	0,3
Bar ou similar	0,8	1,5	2,4	0,7	1,6	1,9
Via pública	6,4	14,1	10,4	5,3	7,9	9,7
Comércio/ serviços	0,5	0,7	0,9	1,7	0,3	0,8
Indústrias/ construção	0,1	0,4	0,1	0,0	0,0	0,1
Outro	8,7	8,5	4,7	2,9	4,9	5,9
Ignorado	14,4	14,2	13,1	10,9	24,6	14,0
A violência ocorreu ou-tras vezes Sim	38,4	36,7	42,3	44,8	28,9	40,2
Não	35,4	40,1	33,4	31,4	27,3	34,3
Ignorado	26,2	23,2	24,2	23,8	43,8	25,5
Tipo de violência[1] Física	32,6	50,8	76,8	61,8	57,8	62,6
Psicológica/ moral	31,6	30,4	38,4	41,4	27,4	35,5
Tortura	3,0	3,9	5,6	6,6	4,0	4,8
Sexual	55,5	39,2	7,4	5,6	20,1	22,0
Tráfico de seres humanos	0,2	0,1	0,1	0,3	0,3	0,1
Financeira/ Econômica	1,1	0,7	2,2	9,3	1,5	2,1
Negligência/ Abandono	18,6	3,9	1,2	17,5	6,4	6,2
Trabalho infantil	1,0	0,6	0,0	0,2	0,3	0,3

Variáveis	Crianças (n=2.624) %	Adoles-centes (629) %	Adultas (n=7.197) %	Idosas (n=589) %	Ignorada (n=671) %	Todas (n=12.710) %
Intervenção legal	0,4	0,2	0,2	0,3	0,6	0,3
Outros	2,9	8,1	7,1	6,3	14,5	6,7
Meios de agressão Força corporal/ espancamento	29,2	42,4	59,7	45,8	39,3	49,5
Enforcamento	0,8	3,4	5,6	5,6	2,2	4,2
Objeto contundente	2,2	3,5	6,2	5,1	5,4	4,9
Objeto perfuro-cortante	2,3	5,6	10,7	8,1	9,2	8,1
Substância/Objeto quente	2,7	0,6	0,7	1,4	0,9	1,2
Envenenamento	2,6	8,6	8,2	2,0	15,1	7,1
Arma de fogo	1,4	3,3	3,1	2,7	4,5	2,8
Ameaça	20,6	21,1	23,6	24,3	15,8	22,3
Outros meios	13,1	10,9	8,1	16,1	6,4	9,8

Fonte: Sinan /Ministério da Saúde. Dados de 2010-2012.Nota.: ([1]) Variável admite múltiplas escolhas.

Tipologia da violência sofrida

A residência mostrou ser o principal local de ocorrência da violência contra a mulher do campo (65,2%). Em segundo lugar, tem-se a via pública, com 9,7% dos casos. Outro dado preocupante é a recorrência desses casos: em 40,2% deles, a violência já havia ocorrido outras vezes (ver Tabela 3). Acerca disso, Brasil (2005) afirma que violência doméstica pode se manifestar por meses, anos ou décadas de abusos físicos, emocionais ou sexuais e, ainda, sob a forma de "pequenos atos, gestos, sinais e mensagens subliminares, usados, dia após dia, para manter a vítima sob controle" (BRASIL, 2005, p. 19).

Romper com esse quadro de violência exige tempo e aparelhamento dos serviços. Assim, é necessário:

> [...] um intenso trabalho de regaste dos valores pessoais agredidos. A conquista de independência econômica e psicológica é um dos principais passos para a autonomia e libertação dessas pessoas do jugo da violência que foram submetidas (BRASIL, 2008, p. 14)

Entre os meios de agressão mais utilizados, estão a força corporal/espancamento (49,5%) e a ameaça (22,3%). A arma de fogo só apareceu em 2,8% dos casos registrados (ver Tabela 3).

Fragilidades no registro da violência doméstica

As estatísticas relacionadas ao fenômeno da violência doméstica no Brasil ainda são pouco confiáveis. Entre os problemas no tocante ao registro desse agravo, destaca-se que os "[...] dados são esparsos, fragmentários, quase episódicos [...]"; "[...] dizem respeito mais à incidência e quase nunca à prevalência" (UNICEF, 2015, p. 15).

Segundo estimativas da Unicef (2015), a cada quinze segundos uma mulher é espancada no Brasil. Isso significa que são 1,2 milhões de mulheres por ano sofrendo com a violência doméstica. Mesmo esse agravo sendo tão frequente, considerando os dados do Sinan, no período de 2010 a 2012, em 2.762 (49,63%) municípios não houve registro de violência, e em 1.053 (18,92%) registrou-se apenas um caso nos três anos adotados nesse estudo. Ou seja, em mais da metade dos municípios brasileiros, nada, ou quase nada, foi registrado de violência doméstica. Parece uma incoerência diante dos dados mostrados. Esse resultado indica subnotificação de casos.

Entre os fatores que contribuem para subnotificação dos casos de violência doméstica, evidencia-se a cultura do silêncio ainda muito forte, tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais, conforme pode-se observar:

A violência contra as mulheres é cuidadosamente escondida e negada e a maioria acha que não é certo interferir nas brigas dos casais. Todos fingem que nada sabem e se omitem. Ou não sabem o que fazer para romper com o ciclo de violência (OLIVEIRA, 2008, p. 6).

A violência doméstica é considerada "um tabu sobre o qual todos se

calam" (IBIDEM, p. 5). Ainda de acordo com o mesmo autor, entre os silenciados, estão também os profissionais de saúde, que mesmo diante da obrigatoriedade[7] de registrar esses casos no Sinan, em sua maioria, desconhecem ou se omitem e silenciam.

Somado a isso, Minayo (1994b) ressalta que a dificuldade de obter dados conclusivos sobre a morbidade por violência é maior que o da mortalidade. Entre os fatores que promovem essa situação estão: a escassez de estudos de morbidade por violência; o silêncio das vítimas, pois nem todas recorrem ao serviço público; a pressão da vítima e/ou dos familiares para não notificar a violência como violência para evitar transtornos legais; e o fato de que um caso de morbidade quase nunca pode ser contido em apenas uma rubrica, de tal modo que sua forma de classificação não permite a compreensão do fenômeno.

Além da subnotificação, também percebemos a incompletude dos dados no registro dos casos, ou seja, a situação é notificada, mas as variáveis não são adequadamente preenchidas, muitas delas são deixadas em branco ou com valores "ignorados". Para exemplificar, a variável "escolaridade"[8] apresentou 30,4% de valores ignorados, no período de 2010 a 2012.

Muitas são as ocorrências de mulheres que sofrem a violência doméstica e, por estarem longe dos serviços de saúde, por medo, vergonha e tantas outras razões, não os procuram. Apenas 10% das situações como xingamentos, tapas, empurrões, relações sexuais forçadas e assédio sexual são registradas por algum órgão público ou delegacia (BRASIL, 2005).

Esse resultado é um alerta para as autoridades e os gestores de saúde, pois além de um problema de saúde pública, esse agravo é também questão de direitos humanos e de segurança pública. As estatísticas que somos capazes de produzir e de analisar são apenas a ponta do iceberg. Muito ainda temos de avançar para visibilizar a violência sexual e a violência doméstica no campo e, ainda mais, para evitá-la.

---

[7] Em 2003, a Lei nº 10.778 tornou a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

[8] Refere-se a escolaridade da vítima, conforme pode-se ver na ficha de notificação de Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

Considerações finais

Este estudo representou o esforço do Obteia em trazer um tema complexo como a questão da violência, que é marcada pela invisibilidade promovida pela sociedade patriarcal, em um cenário ainda mais invisível, que são os espaços rurais. A ausência de informações sobre o campo e a mulher do campo, a não padronização de indicadores (gênero, raça, etnia, orientação sexual) em pesquisas oficiais, a fragmentação nos sistemas de informação em saúde, bem como a desintegração desses sistemas são desafios que precisam ser superados para que seja possível o conhecimento da situação de saúde da população do campo e, ainda, para subsidiar a avaliação das políticas públicas.

Observou-se que, mesmo com a subnotificação, é possível traçar um perfil dessa forma de violência contra as mulheres, que em muitas de suas facetas não difere daquela violência que acontece no restante do país. Encontrou-se que o perfil da violência muda conforme a idade das vítimas, especialmente quanto ao vínculo entre o(a) agressor(a) e a vítima e o tipo de violência a que são submetidas. Nesse sentido, constatou-se que crianças do sexo feminino sofrem mais violência sexual e negligência/abandono por pai/mãe/padrasto/madrasta. Já as mulheres adultas sofrem mais violência física e psicológica praticada pelo seu parceiro íntimo, enquanto as mulheres idosas sofrem violência física e psicológica e, ainda, a financeira/econômica praticadas, principalmente, pelos seus filhos.

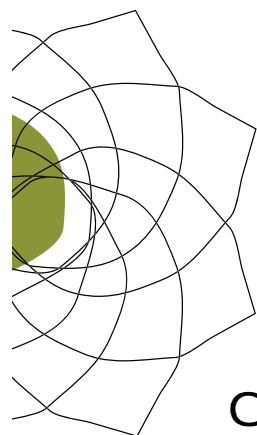
A superação dessa problemática requer o aparelhamento dos serviços e a sensibilização/formação dos profissionais de saúde para acolher e apoiar as mulheres que se encontram em situação de violência. Essa ação é necessária, haja vista que a saúde é a porta de entrada para se dar outros encaminhamentos que garantam o direito e a cidadania dessas vítimas.

Nesse sentido, em 2015, algumas medidas importantes foram tomadas. Uma delas foi a publicação, em 2 de outubro de 2015, da Portaria GM nº 1.662, que define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), que visa a humanização do atendimento e o registro das pessoas em situação de violência sexual.

Outra medida, e também uma resposta às reivindicações da Marcha das Margaridas, foi a criação de dois grupos de trabalhos, ambos com a

participação dos movimentos sociais e voltados para a saúde da mulher. O primeiro foi instituído pela Portaria da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) nº 116, em 11 de agosto de 2015, para definir diretrizes para implementação da Patrulha Maria da Penha Rural. O segundo grupo foi criado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.965 para elaborar os Planos de Ação aos compromissos na área de saúde assumidos e anunciados pelo Governo Federal durante a V Marcha das Margaridas.

A complexidade do tema exige colaboração intersetorial, uma vez que as ações de saúde são interdependentes das ações relativas a outras esferas.

Assim, é necessário o envolvimento da sociedade civil, das delegacias (especializadas ou não), dos conselhos tutelares, da vara da infância e juventude, entre outros. A área da saúde é a primeira instância a sentir os impactos desse fenômeno, mas outros setores também são fortemente atingidos. A violência contra mulheres não é apenas uma questão de saúde e vai muito além disso: trata-se de uma problemática de direitos humanos.

CAPÍTULO 7

Contribuições do Programa Mais Médicos e da Estratégia Saúde da Família no acesso à saúde das populações do campo, da floresta e das águas

Fátima Cristina Cunha Maia Silva
Gisella Garritano de Deus
Isabela Maria Lisboa Blumm
Kátia Maria Barreto Souto
Vinícius Oliveira de Moura Pereira
Virgínia da Silva Corrêa
Mônica Cruz Kafer
Carolina Pereira Lobato
Ilano Almeida Barreto e Silva
Amanda Firme Carletto
Aliadne Castorina Soares de Sousa
Dirceu Ditmar Klitzke

O Brasil tem amplo território geográfico, com importantes diferenças socioeconômicas, que abrange mais de 204 milhões de habitantes (IBGE, 2015). De acordo com o Censo Demográfico (2010), 15,6% da população brasileira habitava regiões rurais. Entretanto, novos debates sobre o conceito de ruralidade apontam que esse percentual número é maior, uma vez que a atual conceituação usada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é atribuída ao simples contraponto do que seja o "não urbano" acaba desconsiderando a complexidade em torno da lógica do que é "rural" (IBGE, 2010).

Segundo Tânia Bacellar Araújo (2015), uma percepção mais sociológica do assunto, que trate estilos de vida e da ligação individual e coletiva com a natureza e as lógicas sociais são capazes de prover uma melhor percepção sobre a questão da ruralidade. O rural, para a autora, seria mais uma "forma territorial da vida social", e essa compreensão é essencial para a formulação e a implementação de políticas públicas. Essa noção, para Abramovay (1999), abarca um conceito de natureza territorial, que trata de costumes, de tradições, da diversidade de modos de vida, vai para além e vai além de um viés que denomina

apenas um setor produtivo da economia.

Essas populações abrangem uma diversidade de trabalhadores que retiram diretamente da natureza o seu sustento e têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Nesse grupo, estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários, que residam ou não no campo. Estão incluídas também as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, as quilombolas e as que habitam ou usam as reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas, as populações atingidas por barragens, entre outras (BRASIL, 2013).

Se, de um lado, o campo é representado como uma força econômica em que o avanço do agronegócio impulsiona a economia brasileira, por outro essa expansão tem gerado lucro em detrimento à saúde humana e à destruição do meio ambiente. De forma alternativa, verifica-se um espaço crescente de defesa da agroecologia, da preservação de sementes crioulas e da luta por saúde, educação e justiça social.

O reconhecimento das condições e dos determinantes de saúde específicos que permeiam os territórios do campo, da floresta e das águas e as populações que neles vivem ou mantêm o seu sustento, seus modos de vida – que incluem as condições de trabalho, moradia, alimentação, transporte e hábitos e modos de produzir e reproduzir-se – mantêm e influenciam de maneira estreita a saúde em sentido amplo e têm reflexos nas demandas e nas necessidades de uma população.

A crescente necessidade de abordar e de discutir a pauta da saúde às populações do campo, da floresta e das águas foi contexto para que, em 2005, fosse criado, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo da Terra. Esse grupo, instituído nos termos da Portaria MS/GM nº 2.460, de 12 de dezembro de 2005 e redefinido por meio da Portaria nº 3.071/GM/MS, de 27 de dezembro de 2012, teve como primeiro objetivo elaborar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.866, de 2/12/2011, bem como participar dos processos de implementação e monitoramento dessa política. O grupo é composto por representantes[1] de ór-

---

[1] Relação de instituições que tem representação no Grupo da Terra (é importante destacar que além dessas, outras instituições participam das reuniões do grupo como convidadas, nos termos da Portaria nº 3.071/GM/MS, de 27 de dezembro de 2012): Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib); Comissão Pastoral da Terra (CPT); Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag); Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq); Departamento

gãos governamentais e de movimentos sociais, constituindo-se como espaço de diálogo entre esses atores socias na tentativa de busca dar resposta às demandas e às necessidades de saúde das populações do campo, da floresta e das águas.

É importante destacar que no dia 24/10/2014 foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.311, que incluiu o termo "águas" na denominação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), que passou a ser denominada Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). Essa modificação foi resultante de uma solicitação de movimentos sociais representantes dos pescadores e das pescadoras artesanais, das marisqueiras e das populações ribeirinhas durante o II Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta, com o objetivo de dar maior visibilidade às pautas dessas populações.

A PNSIPCFA enfatiza os contextos sociais em que vivem essas populações e a forma como incidem sobre a sua saúde. A política visa melhorar o acesso à saúde das populações do campo, da floresta e das águas, considerando suas especificidades, condicionantes e determinantes sociais e ambientais de saúde.

Nesse sentido, o presente artigo tem como finalidade apontar os principais avanços e desafios relacionados à implementação da PNSIPCFA com base no olhar da gestão, sobretudo os referentes ao acesso às ações e aos serviços de saúde por essas populações, presentes no Plano Operativo dessa Política (Eixo1).

As dificuldades de acesso às ações e aos serviços de saúde são apresentadas como gargalos para a garantia de direitos fundamentais às populações do campo, da floresta e das águas (BRASIL, 2013). O Programa Mais Médicos e a inclusão, por meio da Política Nacional de Atenção Básica, das Unidades Básicas de Saúde Fluviais e Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, garantiram importantes avanços para a ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde a essas populações.

---

de Estudos Socioeconômicos Rurais (Deser); Federação dos Pescadores do Estado de Alagoas (Fepeal); Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar (Fetraf); Fundação Nacional de Saúde (Funasa); Fundação Oswaldo cruz (Fiocruz); Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca/SAS/MS); Ministério da Educação (MEC); Ministério da Saúde (MS); Ministério da Pesca e da Aquicultura (MPA); Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA); Ministério do Meio Ambiente (MMA); Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste (MMTR-NE); Movimento de Luta pela Terra (MLT); Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); Movimento dos Atingidos por Barragens/Brasil (MAB); Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA); Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu (MIQCB); Movimento Nacional dos Pescadores (Monape); Mulheres Trabalhadoras Rurais – Movimento das Margaridas (MTRMM); e Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR).

Desafios para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

O reconhecimento das condições e dos determinantes sociais sobre o processo de saúde/doença das populações do campo, da floresta e das águas levou o Ministério da Saúde à elaboração da PNSIPCFA e o seu respectivo Plano Operativo, por meio do Grupo da Terra, bem como a sua pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em dezembro de 2011.

A PNSIPCFA, por meio do seu Plano Operativo, conta com uma série de estratégias para orientação das gestões federal, estaduais e municipais no processo de prover resposta às principais demandas em saúde e às desigualdades e iniquidades a que estão expostas as populações foco dessa política (BRASIL, 2013).

Um dos grandes desafios para a efetivação da PNSIPCFA concentra-se nas articulações intra e intersetoriais, partindo do reconhecimento de que a transversalidade é essencial para o desenvolvimento e a implementação das ações e estratégias previstas no plano. A gestão e a execução nas ações são compartilhadas entre as três esferas de governo, além de demandar também forte articulação com outros ministérios que, por meio de ações competentes aos seus órgãos vinculados e secretarias, acabam dialogando fortemente com os determinantes e os condicionantes sociais de saúde. O direito à terra, a solução de conflitos relacionados à questão agrária, à assistência técnica e à extensão rural, por exemplo, são temas fundamentais que influenciam diretamente a saúde das populações do campo, da floresta e das águas. Nesse contexto, para a implementação da política existe a necessidade do trabalho conjunto e o diálogo entre áreas que extrapolam o setor saúde.

As estratégias de operacionalização da PNSIPCFA foram elaboradas em consonância com o Plano Plurianual (PPA) 2012-2015 e se estruturam em quatro eixos estratégicos, que incluem ações de acesso aos serviços de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas. Os eixos presentes na política se dividem da seguinte forma: Eixo 1 – Acesso das populações do campo, da floresta e das águas em atenção à saúde; Eixo 2 – Promoção e vigilância em saúde às populações do campo, da floresta e das águas; Eixo 3 – Educação permanente e educação popular em saúde com foco nas populações do campo, da floresta e das águas; Eixo 4 – Monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde às populações do campo, da floresta e das águas (BRASIL, 2013).

Nesse Plano Operativo (2011-2015), buscou-se no eixo do acesso, especialmente, a ampliação da atenção básica, com a garantia de que a população tenha atendimento de saúde de qualidade e em tempo adequado, com foco prioritário na Estratégia de Saúde da Família, com portarias específicas de financiamento de Equipes da Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial, com articulação com programas como Rede Cegonha e o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero, entre outros.

O Programa Mais Médicos, instituído por meio da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, também é uma estratégia de fortalecimento da Atenção Básica do país, como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). A iniciatica tem por objetivo levar mais médicos para regiões em que há escassez ou ausência desses profissionais e prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação e residência médica para qualificar a formação desses profissionais. O programa possibilitou que médicos chegassem a municípios com alta vulnerabilidade social, regiões predominantemente habitadas por populações do campo, da floresta e das águas, a exemplo dos remanescentes de quilombos, dos assentamentos e das comunidades ribeirinhas.

Da mesma forma, a implantação de Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, de Unidades Básicas de Saúde Fluviais e o financiamento diferenciado para assentamentos e comunidades quilombolas, como disposto na Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, contribuem para levar melhores condições de saúde às populações do campo, da floresta e das águas. Essas equipes estão orientadas para o atendimento à População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-grossense, respectivamente.

As populações ribeirinhas moram distantes geograficamente das unidades de saúde, em beiras de rios, em localidades, muitas vezes, sem saneamento básico, com determinantes e condicionantes ambientais que potencializam a incidência de doenças como dengue, malária e leishmaniose, além de outras situações que propiciam agravos à saúde.

As comunidades quilombolas possuem peculiaridades de condições de vida similares, além de uma carga histórica de exclusão, de injustiça social e de negação de direitos remanescentes do período escravocrata.

Por reconhecer as condições adversas do ambiente, fruto das relações e dos modos de produção, foi também importante a definição de ações no eixo da vigilância em saúde, como a instituição de dez Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Rural (Cerest Rural), além dos existentes, cujo objetivo é o de prover retaguarda técnica especializada, articulada com os demais serviços da rede SUS e outros setores de governo que possuem interfaces com a saúde do trabalhador,

tornando-se polo irradiador de ações e de experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e base epidemiológica, articuladas aos demais serviços da rede, a fim de que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção pelo SUS, de forma integral e hierarquizada.

Problemas como uso abusivo de agrotóxicos, picadas de animais peçonhentos, entre outras condições específicas enfrentadas em ambientes não urbanos mostraram a fragilidade da formação dos profissionais de saúde no reconhecimento de sinais e de sintomas de adoecimentos resultantes de condições de vida e de trabalho e evidenciam a importância do fomento à formação dos trabalhadores da saúde para atender essas populações, o que tem sido objeto do Eixo 3 do Plano Operativo da PNSIPCFA. Nesse contexto, o Ministério da Saúde tem apoiado iniciativas como, por exemplo, mestrado profissional nas áreas do trabalho, da saúde, do ambiente e dos movimentos sociais, voltado para profissionais que atuam na saúde, na educação do campo e nas ciências agrárias, em áreas de reforma agrária e/ou comunidades camponesas; residência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, com ênfase na Atenção à Saúde da População do Campo, em parceria com a Universidade Federal do Pernambuco; dentre outras iniciativas que vão ao encontro da proposta de formação de profissionais, com foco nas especificidades das populações do campo, da floresta e das águas.

Nesse contexto, é importante destacar a elaboração do Módulo de Educação a Distância sobre a PNSIPCFA. Esse módulo foi desenvolvido de forma intersetorial e participativa, a partir de uma parceria entre a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Ceará (UFC), integrando a Rede de Instituições de Ensino Superior da UNA-SUS. A construção do módulo contou também com a colaboração do Grupo da Terra.

Esse módulo tem como objetivo provocar reflexão, principalmente nos profissionais de saúde, para que compreendam como as condições de vida e de trabalho afetam a saúde das populações do campo, da floresta e das águas. O intuito é incorporar as práticas de cuidado à saúde, abordadas no curso, no processo de trabalho desses profissionais, considerando os determinantes sociais da população atendida. A formação é voltada aos trabalhadores de saúde, especialmente os que atuam na Atenção Básica, mas também é aberto a qualquer pessoa interessada no tema, independente da formação, incluindo conselheiros e gestores do SUS, lideranças dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas e ativistas ligados a essa temática. O objetivo foi a ampliação nacional, com 9.600 inscritos, de todas as unidades da federação mais o Distrito Federal, sendo o módulo dividido em três unidades de

aprendizagem: Unidade I – Modos de vida e a situação de saúde das populações do campo, da floresta e das águas; Unidade II – Aspectos de vigilância e de promoção da saúde; e Unidade III – Atenção à saúde e práticas de cuidado.

Ainda referente à implementação de ações referentes ao Eixo 3 da PNSIPCFA, foi realizado o Projeto Formação de Lideranças para a Gestão Participativa da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, resultado da parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Departamento de Apoio à Gestão Participativa do Ministério da Saúde (Dagep/SGEP/MS). Esse projeto envolveu quatro movimentos sociais que compõe o Grupo da Terra (Contag, MMC, MST e MLT) e viabilizou a capacitação de aproximadamente 1500 lideranças de movimentos sociais, em todas as regiões do país. Além desse projeto de formação, foram realizadas outras parcerias entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais, que viabilizaram a capacitação de aproximadamente 700 lideranças. Dentre os objetivos desses projetos, é importante ser destacado o fortalecimento à gestão participativa no SUS e a articulação entre gestores, trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada para desenvolvimento de ações que contribuam para a implementação da PNSIPCFA.

No âmbito do Eixo 4 – monitoramento e avaliação do acesso às ações e aos serviços de saúde às populações do campo e da floresta –, destaca-se o fortalecimento do Grupo da Terra como comitê permanente, consolidado e ativo como espaço de diálogo e parceria para implementação na Política. Destaca-se, também, o Observatório da PNSIPCFA[2], que tem sido importante para a avaliação da implementação da Política, contribuindo também ao levantamento de informações sobre a situação de saúde das populações do campo, da floresta e das águas em territórios emblemáticos com relação a questões sanitárias.

Este artigo busca dar visibilidade a iniciativas implementadas no âmbito do Ministério da Saúde que contribuem para melhorar o acesso às ações e aos serviços de saúde pelas populações do campo, da floresta e das águas. Nesse contexto, o

---

[2] O Observatório de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (Obteia) visa avaliar e contribuir para implantação dessa Política por meio de uma Teia de Saberes e Práticas envolvendo intelectuais engajadas/os, pesquisadoras/es populares dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas e as/os gestoras/es e trabalhadoras/es do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta do Observatório se insere na perspectiva da estruturação de uma Teia de Saberes e Práticas, envolvendo tais sujeitos no intuito de auxiliarem na análise da situação das políticas de saúde no campo, na floresta e águas, e contribuir para o planejamento das ações que visem a implantá-la definitivamente no SUS. Endereço eletrônico do Obteia: Disponível em: <http://www.saudecampofloresta.unb.br/>. Acesso em: 20 set. 2016.

Programa Mais Médicos, bem como as equipes de saúde da família para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-grossense são iniciativas que vão ao encontro das diretrizes e dos objetivos da política.

Ações estratégicas implementadas no âmbito do acesso à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas

Equipes de Saúde da Família para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-grossense

O Ministério da Saúde, a partir da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), propôs política diferenciada para ampliar e qualificar o acesso das populações ribeirinhas dispersas na Amazônia Legal e no Pantanal Sul Mato-grossense às ações e aos serviços de Atenção Básica.

O texto publicado na PNAB é resultado da parceria entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul. Com base na avaliação da Portaria nº 2.191, de 3 de agosto de 2010, que instituía, até aquele momento, critérios para a implantação, financiamento e manutenção de equipes para atendimento de populações ribeirinhas, pode-se verificar a necessidade de adequação daquele financiamento e de reformulação das diretrizes para a implantação de equipes.

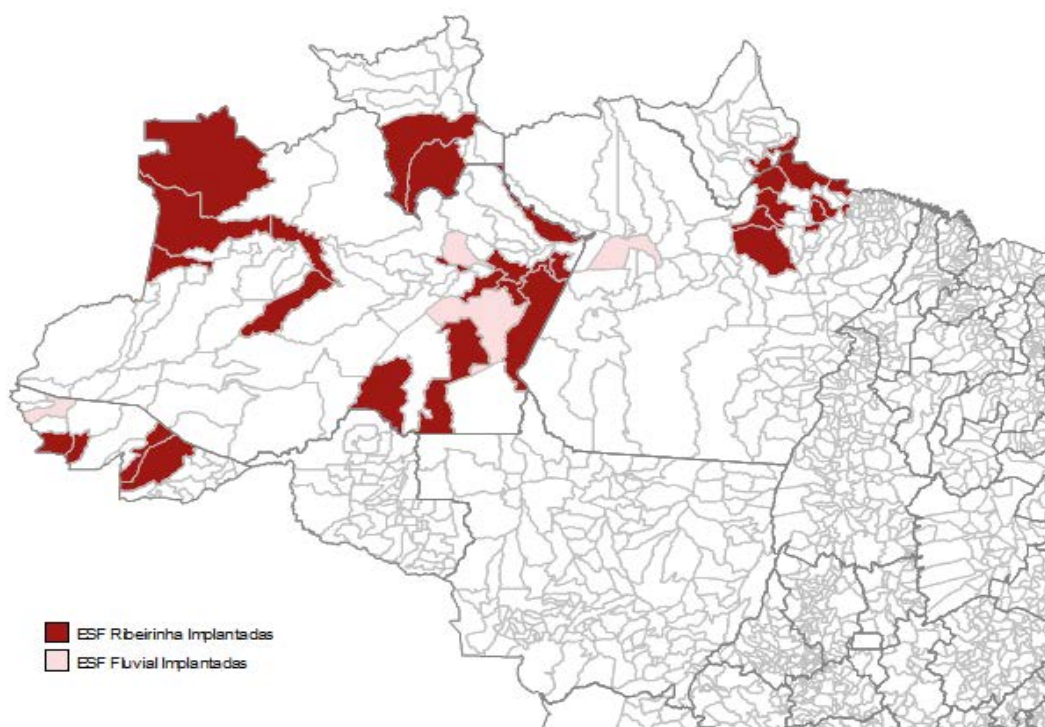
Dentre as propostas, destacam-se os novos arranjos organizacionais e de custeio diferenciado para as equipes de Atenção Básica Ribeirinhas, a disponibilização de recurso para construção de unidades-embarcação, no Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), como componente do Programa Nacional de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde.

Os novos arranjos de equipe: equipes de saúde da família ribeirinhas e fluviais

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) são as que devem desempenhar suas funções em unidades básicas de saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial. As ESFF

desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

Até setembro de 2015, noventa e seis equipes de saúde da família ribeirinha e quatro da saúde da família fluvial estavam implantadas. Desses grupos, setenta (72,9%) são compostos por profissionais do Programa Mais Médicos para o Brasil, o que demonstra a importância da iniciativa na qualificação do acesso a serviços de saúde dessas populações (Figura 1).

Figura 1: Equipes de saúde da família ribeirinha e fluvial implantadas* na amazônia legal e no pantanal sul-mato-grossense

Fonte: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, setembro/2015.

Composição das equipes e o apoio financeiro na logística

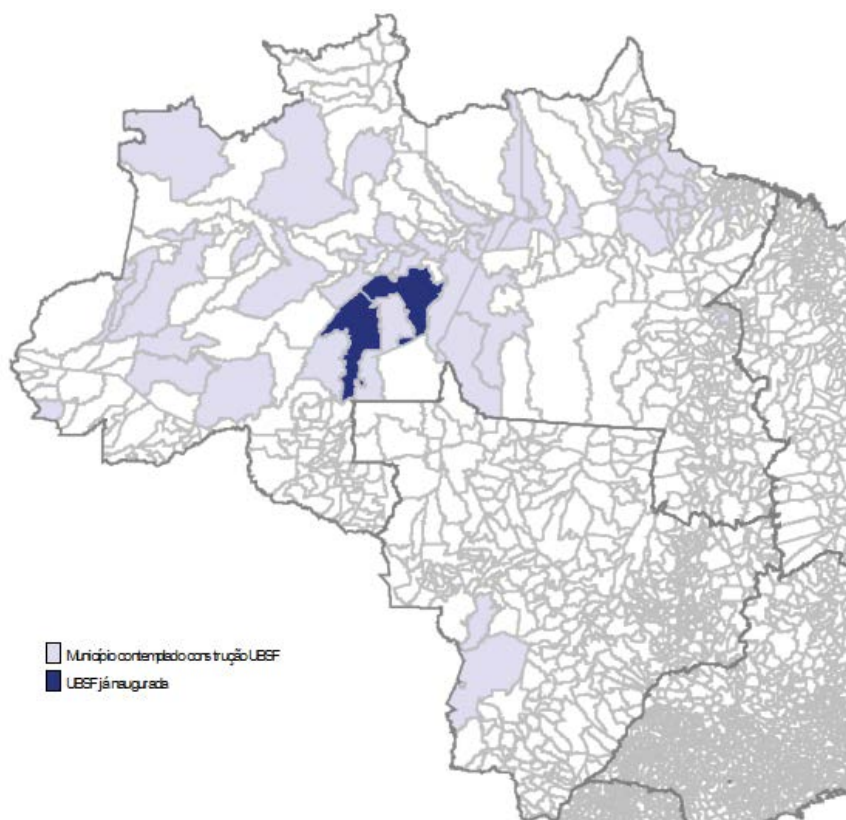
No intuito de contemplar as singularidades do território da população ribeirinha, o MS possibilitou que a agregação de profissionais de nível médio e superior nas equipes ESF fluviais e ESF ribeirinhas fosse atrelada ao incentivo de custeio pelo MS. Importante frisar que a agregação de novos profissionais amplia a capacidade clínica e a carteira de serviço das equipes.

Além disso, o custeio para unidades de apoio e de embarcações de pequeno porte, que permite o deslocamento de profissionais às comunidades de difícil acesso, consiste um significativo avanço, pois amplia a capilaridade da equipe no território e representa aporte de recurso do MS para viabilização e fomento da política.

Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)

A utilização de unidades-embarcação na atenção à saúde é uma estratégia adotada por muitos municípios localizados na Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul. No entanto, não havia política de custeio diferenciada aos municípios que realizavam a atenção à saúde da população ribeirinha por meio de Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

Recentemente, o MS publicou portaria que define critérios para custeio das embarcações que já realizavam atendimentos de atenção básica na modalidade antes do programa de construção, reconhecendo e repassando até 90 mil reais para a manutenção/funcionamento dessas embarcações. Duas UBSF já foram inauguradas. Uma em Borba e outra em Manicoré, ambas no estado do Amazonas (Figura 2).

Figura 2: municípios contemplados no programa de construção de unidades básicas de saúde

Fonte: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, setembro/2015.

Com isso, a nova Política Nacional de Atenção Básica buscou reconhecer a diversidade regional e colocar em debate a necessidade de formulação de políticas mais condizentes com as diferentes realidades brasileiras, ampliando o acesso à saúde de populações específicas.

Programa Mais Médicos para o Brasil

O Brasil ainda convive com grandes vazios assistenciais caracterizados, em especial, pela carência de profissionais médicos, pelo distanciamento da formação dos profissionais de saúde às necessidades do SUS e pelos dados inconsistentes quanto ao número de profissionais, perfil de atuação e distribuição dentro do território nacional. Para enfrentar esses problemas, os quais têm impedido o crescimento e o fortalecimento do SUS, o Ministério da Saúde tem lançado programas de valorização, formação, provimento e fixação de profissionais de saúde. A imersão de profissionais de saúde na Atenção Básica é fundamental para a formação de pessoas mais comprometidas com a realidade da população que utiliza o SUS, até mesmo, as populações do campo, da floresta e das águas. Desse modo, oferecer aos trabalhadores do Sistema Único a oportunidade de conhecer as diferentes realidades dessas populações brasileiras é contribuir para o exercício da profissão em que os indivíduos mais necessitam, fortalecendo a dimensão da relevância social da sua atuação.

O Programa Mais Médicos, instituído por meio da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, tem como finalidade formar recursos humanos na área do Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

- diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no país;
- aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- aperfeiçoar médicos para a atuação nas políticas públicas de saúde do país e na organização e no funcionamento do SUS;
- estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

No âmbito do Programa Mais Médicos foi instituído o Projeto Mais Médicos para o Brasil, com a finalidade de aperfeiçoar profissionais para

atenção básica em regiões prioritárias por meio do Sistema Único de Saúde, mediante a oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial por meio da integração ensino-serviço.

Desde a criação do programa até o segundo semestre de 2015, foram alocados 18.240 médicos brasileiros e estrangeiros, que atuam em 4.058 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). O Governo Federal superou, portanto, a meta inicial estipulada de garantir a cobertura de Atenção Básica a 46 milhões de pessoas, chegando a alcançar 63 milhões de beneficiados. O Quadro 1 apresenta o número de equipes de Saúde da Família que contam com a presença de profissionais provenientes do Programa Mais Médicos.

Quadro 1: Número de equipes de saúde da família que contam com a presença de profissionais provenientes do programa mais médicos

População	Equipe Saúde da Família Mais Médicos
Comunidades Remanescentes de Quilombo e em Assentamentos Rurais	92
Comunidades Remanescentes de Quilombos	456
Comunidades em Assentamentos Rurais	604
Comunidades Ribeirinhas	59
TOTAL	1.211

Fonte: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde, Ministério da Saúde, março/ 2015.

Os médicos integrantes do Programa Mais Médicos recebem supervisão acadêmica conduzida por 206 tutores, sendo a maioria docente de medicina, integrantes de 51 Instituições de Ensino Superior, e por 1.946 supervisores médicos, que acompanham mensalmente o desempenho acadêmico e profissional dos profissionais em exercício, em articulação com tutores e gestores municipais de saúde.

Ainda no âmbito do Programa Mais Médicos, novos parâmetros foram estabelecidos para a formação médica no país, além da reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas de residência na rede federal de educação superior e em instituições privadas. Até 2017, as metas são as de ofertar 11,5 mil novas vagas de graduação em medicina e de universalizar as vagas de residência médica nas instituições federais e privadas.

Processo de Aperfeiçoamento de Médicos na Atenção Básica

A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, determina como uma das ações necessárias para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos a promoção de aperfeiçoamento de especialistas na área da atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, até mesmo, por meio de intercâmbio internacional.

Sendo assim, o aprimoramento trata de um conjunto de estratégias e de atividades propostas aos profissionais participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, como a especialização em instituições públicas de ensino superior, acompanhamento das atividades de integração ensino-serviço por tutores e supervisores médicos, similar ao usado para estágio, residência médica e outros cursos de aperfeiçoamento em serviço na área da saúde.

Módulo de Acolhimento e Avaliação

O módulo ofertado na modalidade presencial aos médicos intercambistas individuais e cooperados estabelece que a formulação do Módulo de Acolhimento e Avaliação é de responsabilidade compartilhada entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde.

O módulo consiste no primeiro momento formativo do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil com o objetivo de integrá-lo para atuação generalista na atenção básica no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Módulo de Acolhimento e Avaliação tem duração de quatro semanas e funciona presencialmente, com carga horária mínima de 160 horas. As etapas estaduais contam com abordagem de temas clínicos e discussões sobre a realidade sanitária e epidemiológica locorregional em que o médico estará inserido, tendo o aporte da Coordenação Pedagógica do Projeto Mais Médicos e das instituições supervisoras para essa finalidade.

Curso de Especialização

Os cursos de especialização, com foco na Atenção Básica, são ofertados por Instituições de ensino superior, vinculadas à Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), instituído pelo Decreto 7.385/2010, com carga horária mínima de 360 horas, na modalidade de Educação a Distância (EaD).

O curso visa garantir aos profissionais participantes do programa o

desenvolvimento de conhecimentos, de habilidades e de atitudes necessárias para o bom desempenho das suas funções, contribuindo, assim, para a garantia de qualidade da atenção à saúde prestada à população.

As diretrizes curriculares dos cursos de especialização devem reconhecer a dimensão política e pedagógica que as integram e ter o foco voltado para a Atenção Básica. Os módulos prioritários essenciais nas matrizes curriculares são: gestão em saúde; qualificação da prática clínica; participação social; avaliação e monitoramento em saúde; e planejamento em saúde e território.

O ambiente do curso em plataforma própria na internet permite ao profissional do Projeto Mais Médicos para o Brasil a interação com colegas, tutores e especialistas por meio de fóruns, vídeo, teleconferências e chat, como também a postagem de atividades (web portfólio) e acesso à biblioteca virtual em saúde. A matrícula e desempenho satisfatório no curso de especialização em saúde da família, é condição preponderante para participação dos médicos no projeto. A área pedagógica do Depreps/SGTES/MS é responsável pelo acompanhamento do processo de matrícula no curso de especialização, juntamente com as instituições e Unasus.

Supervisão Acadêmica

A Supervisão Acadêmica, outro eixo estruturante do Programa, tem por objetivo fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior no que tange às atividades desempenhadas pelos médicos. Realizada por profissional médico vinculado a uma Instituição Supervisora (IS). Essa tarefa acontece por meio de visitas in loco e reuniões locorregionais, conforme o plano de trabalho do supervisor, a ser acompanhado pelo tutor, em que são consideradas variáveis regionais, geográficas, sociais e sanitárias. Tem ainda caráter formativo por permitir discussões clínicas, opiniões formativas quanto a condutas, discussão de projetos terapêuticos singulares de pacientes específicos, bem como a incorporação de protocolos clínicos e condutas.

O processo de supervisão médica e tutoria acadêmica dos médicos participantes do Programa Mais Médicos são de responsabilidade do Ministério da Educação.

Recursos Educacionais complementares

Os recursos educacionais complementares são dispositivos e estratégias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e parceiros para o fortalecimento da

atenção básica e qualificação dos profissionais do SUS. Esses dispositivos estão ofertados para ampliação da caixa de ferramentas (da clínica, da gestão e do cuidado) dos médicos participantes, que não possuem ordem de utilização e que poderão ser acessados de acordo com a necessidade dos profissionais ou da supervisão, na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta. Para o Projeto Mais Médicos foram disponibilizados, como Recursos Educacionais Complementares, o Telessaúde Brasil Redes, o Portal Saúde Baseada em Evidências, os Módulos Educacionais da UNASUS e a Comunidade de Práticas da Atenção Básica.

Em 2015, houve o lançamento do módulo educacional sobre a saúde das populações do campo, da floresta e das águas. Esse curso, desenvolvido por meio de estratégia de Ensino a Distância (EaD), é voltado para profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente os que atuam na Atenção Básica, incluindo também gestores do SUS, conselheiros de saúde e lideranças e ativistas ligados à temática do campo, da floresta e das águas.

O objetivo da formação é contribuir para que profissionais de saúde reflitam sobre como os processos de trabalho e os modos de vida das populações do campo, da floresta e das águas podem interferir nos processos de saúde-doença, transformando, assim, práticas de cuidado e melhorando o acesso aos serviços de saúde para essas populações. Até novembro de 2015, 9.220 pessoas de 1.822 municípios brasileiros tinham se matriculado no curso. Em relação ao total de matriculadas, 2.200 pessoas concluíram o curso.

Considerações finais

A implementação da PNSIPCFA não se configura como tarefa simples para o SUS. Considerando a diversidade dessas populações e a realidade de cada uma, como dificuldades de acesso e os desafios próprios dos indivíduos, tal pauta deve ser encarada com atenção especial e visão estratégica por parte da gestão para que as demandas sejam compreendidas, e as soluções pensadas conjuntamente e implementadas de forma equânime e eficaz.

Mesmo diante dos desafios, notáveis avanços já podem ser percebidos. Por exemplo, o Projeto de Formação com os movimentos sociais já foi responsável pela formação de mais de 1600 lideranças do campo, da floresta e das águas. Os centros de referência em saúde do trabalhador rural têm auxiliado no sentido de articular um cuidado integral e hierarquizado à

saúde do trabalhador rural. O Observatório de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (Obteia) destaca-se com contribuições para o desenvolvimento de formas de monitoramento da Política e com o desenvolvimento de pesquisa sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas em nove territórios brasileiros, articulando ações com gestores e lideranças sociais locais. Em relação ao acesso aos serviços de saúde, uma área central para o alcance de melhoras nas condições de saúde dessas populações, também houve representativos avanços.

A Política Nacional de Atenção à Saúde Básica (PNAB), por exemplo, representa importante parceria entre as três esferas de gestão do SUS, no intuito de fomentar novos arranjos organizacionais e de custeio para equipes de Atenção Básica Ribeirinha e de disponibilizar recursos para unidades-embarcações, focando na ampliação e na qualificação do acesso à saúde das populações ribeirinhas dispersas na Amazônia Legal e no Pantanal Sul Matogrossense. Essa parceria demonstra a importância da articulação interfederativa para a implementação dessa política. A implementação de um quantitativo de 96 equipes de saúde da família ribeirinha e quatro da saúde da família fluvial implantadas, em uma lógica diferenciada que conta com a agregação de novos profissionais, é um passo importante no reconhecimento das particularidades das políticas públicas em saúde para essas populações.

O Programa Mais Médicos também representa avanço significativo no acesso à saúde das populações do campo, da floresta e das águas. Considerando que um dos objetivos do programa é a diminuição da carência de profissionais nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, e considerando também que na zona "rural" encontram-se indicadores de saúde mais desfavoráveis quando comparados aos das zonas urbanas, o Programa vai ao encontro do objetivo e diminui essas iniquidades, com um quantitativo representativo de médicos em assentamentos rurais, comunidades ribeirinhas e em comunidades remanescentes de quilombos.

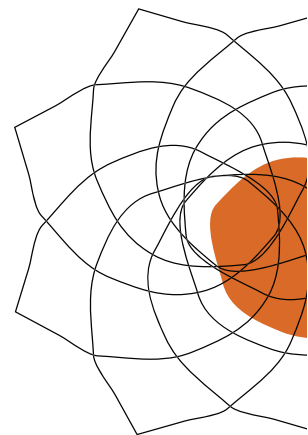
O avanço relacionado ao acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e aos serviços de saúde depende diretamente de uma articulação complexa e estruturada entre áreas diversas no âmbito do Ministério da Saúde, com outros ministérios e entre as três esferas de governo. A necessidade de integração entre entes federados e áreas, bem como uma coordenação de programas de governo com foco no diálogo e na

integralidade, fica clara na análise das políticas ressaltadas neste artigo. É importante que as pautas dessas populações sejam colocadas e priorizadas nas agendas governamentais para que os esforços voltados às suas principais demandas se confluam no sentido de otimizar e de focar resultados.

Concomitantemente, a participação social nesse processo é elemento essencial e vem sido fortalecida desde a criação do Grupo da Terra, em 2005, para a formulação da PNSIPCFA e para seu monitoramento, compondo-se como espaço horizontal de diálogo entre gestão, movimentos sociais e academia. Os desafios são muitos, são debatidos e ocorrem desde a publicação da Política. A gestão integrada em um ambiente de diálogo e a participação social são os elementos primordiais para que sejam ampliados os progressos no que diz respeito à atenção à saúde das populações do campo, da floresta e das águas.

3

A teia na luta pelo direito a vida nos territórios

CAPÍTULO 8

Caminhos da Saúde: os avanços e possibilidades pós-implantação da PNSIPCFA, Ilha de Maré, Salvador (BA)

Thais Mara Dias Gomes

Eliete Paraguassu da Conceição

Por muitos anos, a saúde foi conceituada como o estado de ausência da doença. Por tratar-se de uma definição insatisfatória, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ampliou sua compreensão para os campos do bem-estar físico, mental e social. Embora extrapolando os limites do biológico, ainda é insuficiente para contemplar a dimensão holística[1] da saúde, no que concernem sua multidimensionalidade, articulação, dinâmica e complexidade (ALMEIDA, 2011).

É de fundamental importância a compreensão da saúde dentro do contexto histórico-social, de modo a situar as práticas profissionais, bem como contextualizá-las à luz do Estado neoliberal. Para Foucault (1979), na sociedade regida pelo sistema capitalista, que promove desigualdades e inequidades, o corpo é objeto como força de produção e trabalho.

De acordo com Minayo (1997), o pensar saúde parte de assumir as contradições geradas pelas desigualdades econômicas, políticas, sociais e ideológicas. Ao resistir e persistir nesse questionamento iniciado na década de 1970, a sociedade e o mundo acadêmico avançaram na compreensão dos significados da saúde sob o prisma mais abrangente, que inclui educação, trabalho, lazer, alimentação, saneamento básico, moradia, acesso aos serviços de saúde, segundo Brasil (1988).

Assim, o Ministério da Saúde, fundamentado nessa compreensão da Constituição de 88, elaborou as Políticas da Promoção da Equidade em Saúde, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades de grupos populacionais

[1] Significa totalidade, ou seja, considerar o todo levando em consideração as partes e suas interrelações.

marginalizados pelo sistema capitalista e que são expostos a resultantes dos determinantes sociais e ambientais (BRASIL, 2013a).

Democratizar as políticas de saúde é um dos avanços viabilizados pela existência do controle social (BRASIL, 2013b). É um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) garantir que a população atue como protagonista nos processos de construção e de controle das políticas públicas. Nesse contexto, os conselhos e as conferências de saúde[2] são espaços institucionalizados de participação da população nos serviços de saúde e na garantia de participação no planejamento, execução e avaliação das ações (BRASIL, 2006).

A PNSIPCFA integra um conjunto de ações e de serviços amparados na Constituição Federal de 1988. Juntamente com outras políticas[3] buscam a garantia do acesso à saúde, com qualidade e ampliado às populações em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2013b), que abrangem comunidades tradicionais de pesca artesanal.

Com o desafio de acompanhar a implementação e de contribuir com sua avaliação por meio de uma Teia de Saberes e Práticas da PNSIPCFA, o Obteia envolve intelectuais engajadas/os, pesquisadoras/es populares dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas, gestoras/es e profissionais do SUS. A Teia reúne esse conjunto singular de sujeitos no intuito de construir análises profundas da situação das políticas de saúde no campo, na floresta e nas águas e contribuir para o planejamento das ações que visem implementá-las definitivamente no SUS.

Algumas regiões do Brasil foram previamente selecionadas para participarem desse primeiro momento do Obteia, dentre elas a Ilha de Maré, localizada na Baía de Todos os Santos, pertencente ao município de Salvador (BA), cerca de 5 km de São Tomé de Paripe, possui uma população de 5.712 habitantes distribuída em uma área de 1.378,57ha ou 13,79 km² Possui uma densidade populacional de 302,66 hab/km² e 953 domicílios (IBGE, 2000 apud BAHIA, 2010). A ilha é formada por pequenas localidades, denominadas: Itamoabo, Botelho, Santana, Neves, Praia Grande, Bananeiras, Maracanã, Porto dos Cavalos, Caquende e Martelo. Os dados apontam que a Ilha de Maré é a região de Salvador com maior concentração de população negra já que 92,99% dos moradores da ilha declararam ter pele "preta" ou "parda" (IBGE, 2010).

Geograficamente, representada por um relevo acidentado, a Ilha possui uma

[2] Participação da comunidade por meio da criação de conselho e de conferências sobre saúde previstos na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

[3] Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e Quilombola (PNSIPN); Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), entre outras.

costa recortada e caracteriza-se por reentrâncias e saliências, falésias e praias arenosas. Sua vegetação não mais é encontrada na íntegra, porém seus manguezais e recifes ainda constituem importante papel no ecossistema e economia local (ESCUDERO, 2010). Habitada tradicionalmente por comunidades extrativistas que com o passar dos anos têm visto crescer em seu entorno empresas e indústrias multinacionais e a zona de operação portuária do Complexo de Aratu.

Essa mudança no perfil de urbanização da Ilha não está atrelada ao seu desenvolvimento socioeconômico. A infraestrutura habitacional é constituída por casas de alvenaria, taipa, madeira e lona, moradias, em sua maioria, precárias. Observam-se desequilíbrios socioeconômicos e de infraestrutura entre as porções norte e sul.

A vulnerabilidade dos moradores do norte da Ilha é maior, por conta de sua proximidade com a zona industrial e portuária. Por outro lado, na região sul, há uma oferta maior de equipamentos e de serviços de saúde e maior distância de fontes poluidoras, o que lhe confere melhores condições de vida.

A infraestrutura social também é bastante precária, o esgoto doméstico é eliminado em fossas sépticas[4] e destinado às margens do mar sem tratamento adequado. A água encanada foi viabilizada no final da década de 1990. Anteriormente, o uso do candeeiro era frequente para continuidade do trabalho noturno, dificultando sua execução e aumentando os riscos à saúde. Os moradores também relatam que há mais de 28 anos chegou energia elétrica, o que permitiu a melhor conservação dos alimentos, principalmente os relacionados aos produtos da pesca e mariscagem destinados à venda. Dessa forma, deixaram de vender às pressas, muitas vezes a baixos preços, aos atravessadores para não estragar e perder a mercadoria.

A principal atividade de trabalho das comunidades de Porto dos Cavalos e Bananeiras é a pesca artesanal (pesca e mariscagem). Além da pesca, em Praia Grande e Santana, há o trabalho de artesãos de cestaria, produção de doces de banana e rendeiras, respectivamente. Em Santana, encontra-se o maior número de funcionários públicos municipais e empregados das indústrias. Segundo Santos et al. (2010), as faixas de renda mensal dos chefes de família eram de 61,15% recebendo até um salário mínimo e de 30,79%, entre um e três salários mínimos. A principal fonte de renda também estava ameaçada, pois os danos ambientais

[4] Dados de esgotamento sanitário apontam que apenas 5,2% dos domicílios estão ligados à rede de coleta de esgoto e 28,3% utilizam a fosse séptica (IBGE, 2012 apud Marmo e Silva, 2015).

têm gerado fortes impactos e ocasionado diminuição do pescado e dos mariscos.

Na região, existem apenas escolas de ensino fundamental. Assim, para continuidade dos estudos, é necessário o deslocamento para Candeias ou Salvador. A Escola das Águas é uma das grandes alternativas aos jovens e adultos das comunidades pesqueiras na Bahia. Idealizada pela pescadora e marisqueira Dona Maria, da região de São Francisco do Paraguaçu, exemplo de militância político-social, sonhava em possibilitar um espaço para educação do seu povo, que era negligenciado pelo Estado.

A escola, dessa forma, extrapola os muros da educação tradicional e cria um espaço de educação para a vida, contemplando ensinamentos tradicionais de pesca e mariscagem, formação política e social, entre outros.

Objetiva-se descrever como se dá o acesso à saúde pelas populações do campo, floresta e água, considerando os determinantes socioambientais à implementação de ações que contribuam com a organização do SUS, avaliando a implementação de componentes da PNSIPCFA e identificando as necessidades e as condições de saúde das populações estudadas. Além disso, objetiva-se levantar os fatores que promovem e que ameaçam a saúde identificados por essas populações.

Metodologia

Segundo Kummer (2007), trata-se de uma pesquisa de metodologia participativa, que permite a atuação efetiva dos participantes no processo educativo sem considerá-los meros receptores de conhecimentos e informações. No enfoque participativo, valorizam-se os saberes e as experiências dos participantes, envolvendo-os na discussão, identificando e buscando soluções para problemas que emergem da vida cotidiana. Uma forma de trabalho didático e pedagógico baseada no prazer, na vivência e na participação em situações reais e imaginárias, em que, através de técnicas como dinâmica de grupo, ou seja, os participantes conseguem trabalhar situações concretas.

Portanto, foi necessária a formação de um grupo de pesquisa composto por: um/a pesquisador/a acadêmico/a, um/a pesquisador/a popular, um/a representante da equipe de acompanhamento da Universidade de Brasília (UnB) e do Departamento de Gestão Participativa (Dagep). Três momentos foram programados, porém apenas dois executados, por causa da mudança do profissional responsável da Secretaria Municipal de Saúde e da descontinuidade na transferência de sua ação.

O primeiro momento foi dividido em cinco atividades, como apresentado no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1: Atividades desenvolvidas no primeiro momento

#	Dia	Local	Atividade
1	24/11/2014	Ilha de Maré/BA	Fórum com representantes da comunidade
2	24/11/2014	Ilha de Maré/BA	Oficina de Pesquisa
3	25/11/2014	Ilha de Maré/BA	Reconhecimento da Ilha
4	25/11/2014	Escola das Águas – Salvador/BA	Reunião Equipe de Pesquisa
5	25/11/2014	Escola das Águas – Salvador/BA	Reunião com gestores do SUS

Fonte: Acervo da pesquisa

As atividades conduzidas no dia 24/11/2014 foram realizadas na Associação de Pescadoras e Pescadores Artesanais da Ilha de Maré e contou com a participação de 150 pescadoras/marisqueiras. No período da manhã, inicialmente fez-se uma breve exposição sobre os objetivos e a natureza da pesquisa pelo Obteia, e, após isso, foram apresentadas as demandas com referência aos principais problemas de saúde vivenciados.

A segunda atividade, na parte da tarde, foi a Oficina de Pesquisa (Figura 1), que apresentou as principais perguntas da pesquisa à comunidade: Quais principais problemas enfrentados no território? Quais são os sujeitos políticos? Quais são as experiências exitosas? Quais os municípios e comunidades a serem envolvidas na pesquisa? Quais princípios a serem adotados na pesquisa? Como a pesquisa poderia ser desenvolvida nos territórios? Ainda nessa atividade, foi realizada uma dinâmica de grupo para levantar as expectativas da pesquisa. Posteriormente, foi levantado o que ameaça e o que promove a vida na Ilha de Maré.

No dia seguinte, iniciou-se a terceira atividade, com reconhecimento do território, que foi realizada por meio de barco, conduzido por um pescador local. Foi realizada a exploração ao longo da Baía de Todos os Santos e Porto de Aratu, sendo os registros realizados por meio de máquina fotográfica, como observado na figura 2.

A quarta atividade, reunião da Equipe de Pesquisa, e a quinta, reunião com os gestores do SUS, foram realizadas na Escola das Águas, no dia 25/11/2014 (Figura 3). Esse momento favoreceu à pactuação das competências dos participantes e a articulação de prioridades.

Figura 1: Oficina de pesquisa na associação de pescadoras e pescadores artesanais da ilha de maré

Figura 2: Baía de Todos os Santos/Porto de Aratu

Figura 3: reuniões realizadas na Escola das Águas

Fonte: Acervo da pesquisa

O segundo momento foi realizado na Secretaria Municipal de Saúde, com gestores e lideranças de Ilha de Maré. A reunião trouxe como pauta principal a necessidade de pensar cursos e oficinas de formação aos profissionais da atenção básica que atuam em comunidades pesqueiras.

Problematizações no contexto da pesca artesanal

Avaliar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas na Ilha de Maré permite compreender o cenário de vulnerabilidade das comunidades desta região. A oficina de pesquisa produziu o Quadro 2, que contribui para um rápido diagnóstico das problemáticas, mas, ao mesmo tempo, da potencialidade existente nesse território.

Quadro 2: O que ameaça e promove a vida na Ilha de Maré, Salvador, 2014

O que ameaça a vida	O que promove a vida
O modelo de desenvolvimento A pobreza O Porto de Aratu A perda do território A Petrobrás A falta de saneamento básico As drogas Falta de estudos sobre o impacto à saúde dessas populações O ritual pesqueiro	O mar, a energia e a saúde A convivência da comunidade O modo de vida e o bem viver A biodiversidade O artesanato, o plantio e a arquitetura A culinária

Fonte: Acervo da pesquisa

Uma das questões que merece atenção é a dos relatos sobre drogas e prostituição. Com chegada de um número elevado de homens que foram trabalhar na região, segundo a população, surgiram os usos de drogas e a prática da prostituição.

Vários depoimentos relacionavam os problemas de saúde à poluição da Baía de Todos os Santos, principalmente pelo Porto de Aratu. A poluição se dá em termos atmosféricos e pela água. Segundo o relatório Síntese do Centro de Recursos Ambientais da Bahia (2005), há em várias localidades, situações de ameaça ao meio ambiente pela presença acentuada de oito contaminantes: Arsênio, Cádmio, Chumbo, Cobre, Cromo, Ferro, Mercúrio e Zinco. Existem também registros da destinação de resíduos provenientes de esgotos domésticos e industriais que poluem as águas superficiais e subterrâneas (IBGE, 2002).

As cargas embarcadas no Porto de Aratu geram diversos tipos de odores ocasionados pelos produtos químicos, como, por exemplo, enxofre e gases de amônia. Pesquisadores da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e do projeto Maricultura Familiar Solidária (Marsol) relataram que a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) da Bahia também atua na vigilância ambiental da região.

Dentre as informações, destacam-se a alta incidência de asma, unheiros, novas alergias, vários casos de câncer em pessoas com menos de trinta anos, caso de leucemia, problemas oculares. Há o relato familiar de que os quatro filhos estão cegos, situação a qual necessita de avaliação e de diagnóstico clínico. Ainda segundo a população, esses problemas de saúde são novos na história das comunidades de Ilha de Maré. Essa condição expõe os trabalhadores a substâncias tóxicas e geradoras de riscos e a doenças ocupacionais.

Segundo Pena e Martins (2014), apesar do expressivo número de uma das maiores categorias de trabalhadores do país, 985 mil trabalhadores, os estudos indicam que persiste profundo desconhecimento sobre os riscos para aproximadamente 61 doenças ocupacionais, dentre as 200 patologias reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Previdência Social. Os autores observaram doenças graves e incapacitantes como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e outras que podem ser fatais como câncer de pele decorrente da cotidiana exposição ao sol, doenças descompressivas associadas às modalidades de pesca com mergulho.

Para Feitosa e Pena (2014), além de acidentes de trabalho graves, muitas vezes fatais e incapacitantes. Os exemplos mais frequentes são afogamentos, acidentes com animais peçonhentos marinhos, acidentes perfurantes e cortantes, dentre outros.

Conhecer os modos de vida e o trabalho das pescadoras a pescadores artesanais é essencial para entender os processos de agravos à saúde, a prevenção-diagnóstico, o tratamento e a reabilitação das doenças ocupacionais.

Dessa forma, garantir que o território pesqueiro não seja devastado e destruído pelo atual modelo de acumulação de capital é permitir a continuidade da cultura e da história das comunidades tradicionais, pois além de promover e de preservar a vida, reafirma-se a luta pelo território livre e saudável.

Barreiras enfrentadas na assistência à saúde

Atualmente, a assistência à saúde no território é viabilizada por uma Unidade do Programa de Saúde da Família (PSF), além do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que realiza o apoio matricial. O horário do serviço prestado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Ilha de Maré não leva

em consideração o contexto no qual está inserido. O funcionamento do posto vai até as 15h30, o que torna inviável a resolução das demandas existentes. Por trata-se de uma comunidade pesqueira, os ritmos de vida e de trabalho são determinados pela movimentação da maré.

A população ainda sinaliza a dificuldade de assistência em situação de emergência após as 15h30 e aos fins de semana. Uma limitação natural está no recorte geográfico da Ilha, dificultando seu deslocamento. Como não há suporte emergencial fixo, existe a necessidade do funcionamento da ambulancha[5] e a adequação do seu acesso[6]. Segundo uma moradora local, "o acesso a alguns serviços é ruim, chego a andar 2 horas e meia até o CRAS[7]. O barco é caro, custa R$ 40, mototáxi é R$ 30 por travessia" (E.P, 32 anos).

Nesse cenário, muitas mulheres se manifestaram cansadas e sem esperança no futuro, sentem-se ignoradas pelo Estado. Assim, algumas frases surgem: "Eles só irão fazer algo quando uma grande desgraça acontecer" (L. D, 45 anos). "Dói na alma tudo o que a gente sente, mas temos vontade de viver" (M. A, 58 anos).

Entre as particularidades da Ilha, destaca-se a necessidade de levar em consideração o dado que caracteriza Ilha de Maré como a comunidade pesqueira em que existe a maior concentração de população negra de Salvador. Portanto, conhecer a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é de extrema importância para compreender a relação de saúde-doença local, identificar suas especificidades e ações prioritárias, como, por exemplo, os casos de anemia falciforme. É importante também ampliar as formas de intervenção por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS/PNPIC para promoção de saúde e prevenção de doenças, já que se encontra em um ambiente altamente favorável ao uso de recursos terapêuticos naturais.

Entre articulações e proposições de responsabilidades

As reuniões realizadas na Escola das Águas possibilitaram a articulação das ações em respostas às demandas de saúde da Ilha de Maré. A equipe técnica do Obteia e os representantes do Ministério da Saúde pactuaram sua ação na interlocução com os diversos níveis do SUS em relação às questões

[5] Unidade móvel equipada para deslocamento em situação de emergência.
[6] Não há acesso adaptado em casos de pessoas com necessidades especiais, como, por exemplo, para cadeirantes.
[7] Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

de saúde vivenciadas pela população da Ilha de Maré. Além de firmarem o compromisso de contribuir para melhor caracterização da contaminação ambiental e os impactos à saúde proveniente dos empreendimentos na região. O Ministério da Saúde também destacou a necessidade da articulação e a criação do Comitê de Saúde das Populações do Campo, das Florestas e das Águas.

A Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab) ratificou sua participação nas ações que visem melhorias nas condições de vida e trabalho local. Afirmaram que atualmente estão sem recursos humanos para criação do Comitê proposto pelo Ministério da Saúde, mas buscam diariamente solucionar a situação. Juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, propuseram um levantamento das ações que cabem a cada ente da federação no sentido de verificar as demandas urgentes da população.

De acordo com os gestores municipais, os profissionais do ESF realizaram um mutirão para fazer o cartão do SUS, criaram uma sala de situação de saúde como estratégia do PSF para educação em saúde à população, além de verificarem as questões da atenção básica na Ilha. Outras atuações de grande mudança na estratégia anteriormente utilizada foram a ampliação da equipe e a formação continuada dos profissionais no que concerne a saúde da população negra, já iniciada em novembro de 2015. Segundo os gestores municipais, os profissionais estão em constante processo de formação. Relatam também que a maioria dos profissionais do PSF e NASF são concursados da prefeitura de Salvador. Atualmente, há outra equipe de saúde da família atendendo na Unidade, porém apenas um profissional de odontologia responsável pelas duas esquipes.

Aos moradores locais coube manter a mobilização e controle social para o enfrentamento dos problemas existente, com reuniões permanentes da comunidade, discussões sobre o processo de condução das demandas levantadas e de demandas futuras. Às lideranças de pescadoras e pescadores artesanais, coube a manutenção das relações entre as entidades governamentais e a comunidade e novas reuniões.

Caminhos Possíveis

Para instrumentalizar a luta dos movimentos sociais, o Obteia propôs a realização desta pesquisa na perspectiva da estruturação de uma Teia de Saberes e Práticas. Sua construção perpassa a compreensão de saúde entendendo que a garantia dos direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988 devem

ser contemplados. Faz-se necessário adotar uma série de práticas que contemple a participação da sociedade na gestão de saúde para efetivar o exercício do controle social, a fim de garantir a aplicabilidade e continuidade da PNSIPCFA.

Dessa forma, busca-se assegurar o comprometimento dos gestores públicos, nas três esferas de governo e das Instituições envolvidas na concepção e implementação dos programas, projetos, ações e serviços de saúde voltados às demandas locais. Além de evidenciar a importância de conhecer o território a partir das falas dos movimentos, com a valorização do saber local e o protagonismo das comunidades.

Há de destacar o potencial de luta e a construção das possibilidades dos Movimentos Sociais, em especial, o Movimento de Pescadoras e Pescadores Artesanais da Bahia. Ratifica-se, dessa forma, a necessidade de que o controle social aconteça na prática, extrapolando sua esfera legal e que a população ocupe de forma efetiva e plena os diversos ambientes de construção da sociedade. "Todo o poder emana do povo" (BRASIL, 1988).

O Movimento das Pescadoras e Pescadores Artesanais da Bahia ao longo dos anos tem fortalecido a luta pela garantia de direitos. A proposta da Escola das Águas é um avanço e uma conquista tornando os indivíduos atores desse processo de mudança.

O empoderamento de jovens, crianças, idosos, adultos, homens e principalmente mulheres, tem permitido a formação de espaços para discussão da realidade de vida e trabalho das comunidades pesqueiras. Ações como essa têm contribuído para o exercício do controle social e mobilizado uma frente de trabalho em prol de ações resolutivas às demandas sociais desta comunidade.

CAPÍTULO 9

A política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas no Polo de Juazeiro (BA) e Petrolina (PE)

Cheila Nataly Galindo Bedor
Cleber Adriano Rodrigues Folgado
Izabela Almeida de Souza

Rio das Rimas

E ele que nasce pequenino
Franzino, feito um menino
Como que juntando gota a gota [...]

[...] E desce machucado, violado, desmatado, Estuprado
Carrega nas veias venenos, esgotos, Agrotóxicos,
E tem seu corpo cortado por barragens.
[...] Por isso é um Velho Chico
Sempre velho e sempre novo
Que quase morto
Vive no coração do Povo
E que agora pede socorro [...] .

Roberto Malvezzi (Gogó)[1]

De acordo com Barros, Costa, Sampaio (2004), Lima e Miranda, (2001), o submédio do Vale do São Francisco localiza-se no sertão, região semiárida do Nordeste do Brasil, tendo como um dos principais polo de desenvolvimento as cidades de Petrolina e Juazeiro, situadas a oeste do estado de Pernambuco e norte do estado da Bahia, respectivamente. Esses municípios compõem um

[1] Membro da CPT e Articulação São Francisco Vivo. Disponível em: <http://www.robertomalvezzi.com.br/visao/index.php?pagina=3>. Acesso em: 20 mar. 2017.

quadro à parte da realidade rural do Nordeste e tornaram-se uma ilha de desenvolvimento em meio ao semiárido nordestino.

Na leitura de Oliveira Filho et al. (2014), por conta do atrativo da infraestrutura de irrigação implantada e em expansão, da proximidade dos mercados europeu e norte-americano, da possibilidade de produção durante todo o ano e da viabilidade de introdução de culturas de maior valor, o desenvolvimento da agricultura à região trouxe a implementação de empresas fornecedoras de insumos e equipamentos e de processamento e distribuição dos produtos.

Essas empresas se instalaram ao lado das áreas de colonos, nos perímetros irrigados e trouxeram para a região a agroindústria. Hoje, o local é uma das principais áreas de exploração e de exportação da hortifruticultura irrigada do país, principalmente de manga e uva (BEDOR, 2008). Em 2010, 25,42% dos trabalhadores (as), na faixa etária de 18 anos ou mais, do município de Petrolina, e 21,73% do município de Juazeiro (população economicamente ativa), trabalhavam no setor agropecuário (PROGRAMA..., 2013).

O processo de implantação desse atual modelo, segundo Lima e Miranda (2001, p. 614):

> [...] não resultou da incorporação da produção agrícola tradicional ao moderno da produção capitalista em geral e agroindustrial em particular. De fato, o que houve foi uma destruição do antigo modo de produzir a partir da implantação dos projetos de irrigação. O processo produtivo foi fortemente impactado pela mudança na tecnologia de irrigação que até então era empregada na região.

Ainda segundo os autores:

> A estrutura fundiária se viu revolucionada pelas ações de desapropriação de terras motivadas pela instalação dos projetos de irrigação. Este impacto institucional sobre o mercado de terras subordinou o mercado fundiário ao movimento de valorização do capital, e a terra – que antes da expansão da agricultura irrigada quase não possuía valor comercial, sendo majoritariamente ocupada por posseiros – passou a ser comandada pelas expectativas produtiva e especulativa, constitutivas da ação do capital sobre a agricultura e o meio rural (IBIDEM, 2001, 615).

O município de Petrolina limita-se com os municípios Afrânio (PE), Dormentes (PE), Lagoa Grande (PE), Casa Nova (BA) e Juazeiro (BA). O clima é semiárido quente (PETROLINA, 2014). Juazeiro, ligado a Petrolina pela Ponte Presidente Dutra, está localizado à margem direita do Rio São Francisco, no extremo norte da Bahia, na zona do médio e baixo São Francisco (JUAZEIRO, 2014).

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada de Petrolina para o ano de 2015 é de 331.951 habitantes. Em 2010, a população era de 293.962 habitantes, sendo a população masculina corespondente a 48,7%. Na Zona Rural, 51,2% da população de 74.747 era formada por homens. Para Juazeiro (BA), a população estimada em 2015 é de 218.324 habitantes. Ainda de acordo com o Instituto, em 2010, a população totalizava 197.965 habitantes, com os residentes na área rural, o que estimava em torno de 37.190 pessoas, sendo 51% formada por homens (IBGE, 2015).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Petrolina, em 2010, foi de 0,697 e de Juazeiro, de 0,677. Essas medidas situam esses municípios na faixa de IDHM médio (entre 0,6 e 0,699). Petrolina ocupa a 1995ª posição e Juazeiro a 2503ª entre os 5.565 municípios brasileiros. Segundo o último Censo do IBGE, 11,4% e 12,8% da população de Petrolina e Juazeiro, respectivamente, era analfabeta (PROGRAMA..., 2013).

Embora o polo seja citado como detentor de vantagens pela fruticultura irrigada, tanto para geração de empregos no campo quanto para o desenvolvimento de negócios na cidade (CORREIA; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2000; PEREIRA; CARMO, 2010), e haja redução no percentual da população extremamente pobre e de pobres nos dois municípios, o cenário ainda é preocupante. Em 2010, a pobreza e a extrema pobreza atingiram mais de 20% da população local de cada cidade, sendo a população extremamente pobre de Petrolina e Juazeiro, respectivamente, igual a 6,99% e 7,59% (PROGRAMA..., 2013).

De acordo com Lima (2006), por conta da expansão econômica e da agricultura, principal atividade na região, foi observado grande aumento da população, até mesmo da rural. Segundo dados do IBGE, em 2010, Petrolina era o único município brasileiro com mais de 200.000 habitantes a possuir 25% da sua população residente em áreas rurais, apresentando um crescimento populacional rural de 0,5% ao ano, sendo que as demais regiões brasileiras possuíam, em geral, taxas de crescimento rural negativas, segundo Nascimento et al. (2014).

Essas questões evidenciam a importância de se conhecer como a saúde das populações do campo está sendo promovida na região e se há ações e iniciativas

que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual. Tais ações devem visar o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e aos agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida – objetivos da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), que garantem o direito e o acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando seus princípios fundamentais de equidade, universalidade e integralidade.

Apesar da boa cobertura de Saúde da Família nas duas cidades, mostradas na Tabela 1 a seguir, alguns dos indicadores de saúde são preocupantes para a região. A mortalidade infantil (de crianças com menos de um ano), por exemplo, em Petrolina, foi de 18,7 por mil nascidos vivos, em 2010, e em Juazeiro, foi de 20,1. No mesmo ano, essa taxa no país era de 16,7 por mil nascidos vivos.

Tabela 1: Cobertura de saúde nos municípios de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA) em 2014

Município	Cobertura de equipes de atenção básica (%)	Cobertura de equipes de saúde bucal (%)	População total
Petrolina	72,93	41,51	326.017
Juazeiro	87,35	68,49	216.588

Fonte: Datasus (Indicadores do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores), 2014.

Em estudo realizado no município de Petrolina, no período de 2007 a 2008, fica evidente a dificuldade no acesso das informações de vários indicadores, entre eles estão as informações sobre a saúde de seus habitantes (SIQUEIRA et al., 2011). Segundo as autoras, a maioria das instituições, entre elas os órgãos municipais, não dispunha de sistemas de informação ou se encontrava desatualizados. As autoras afirmam que:

> Sem um diagnóstico fidedigno da situação do município, torna-se impossível à proposição de políticas públicas que venham atender às reais necessidades locais. Gerir ações públicas sem evidências que as sustentem pode representar além da perda de tempo, gastos desnecessários de recursos públicos, com impacto direto na qualidade de vida dos trabalhadores e trabalhadoras rurais da região (SIQUEIRA et al., 2011, p.289).

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a implementação da

PNSIPCFA em comunidades dos polos fruticultor de Petrolina (PE) e de Juazeiro (BA), por meio da identificação do acesso à saúde dessas populações, considerando determinantes socioambientais, avaliação da implementação de componentes da PNSIPCF e identificação das necessidades e das condições de saúde das populações estudadas.

Casuística e método

Segundo Bringel e Varella (2014), este é um estudo que pode ser classificado, entre tantas outras denominações, como pesquisa participante ou compromisso com a mudança social ou pensamento transformador, uma vez que objetivou contribuir na transformação de uma realidade social marcadamente desigual. A metodologia teve como princípio estabelecer a relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto de pesquisa. Assim, o estudo foi desenvolvido tanto por um pesquisador da academia quanto por pesquisadores populares do Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA).

As três comunidades estudadas, Jardim Primavera e Lagoa do Meio, localizadas no município Juazeiro (BA), e o Assentamento Mandacaru em Petrolina (PE) foram definidas pelos movimentos sociais locais, tais como MPA e Via Campesina, dentre outros de atuação mais local. As indicações buscaram contemplar comunidades que sofrem com os impactos do agronegócio, mas que vivenciam experiências importantes de resistência. Antes de iniciada a pesquisa, os objetivos do estudo foram apresentados aos representantes das Secretarias de Saúde dos dois municípios em uma reunião que contou com representantes do Ministério da Saúde, objetivando o engajamento deles, a fim de que percebecem a pesquisa não como um momento pontual, mas sim como processo que aponta para desfechos concretos de responsabilidade dos poderes públicos municipais, no que diz respeito à saúde e a PNSICFA.

A pesquisa iniciou por meio de observação participativa (QUEIROZ et al., 2007), realizada a partir de visita às comunidades, e foram acompanhadas por um líder comunitário, que fez a visitação às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as entrevistas com enfermeiros e/ou médicos e/ou agentes de saúde. Após os encontros, foram realizadas rodas de conversas com moradores para elencar os principais problemas da comunidade.

Os líderes comunitários faziam o convite para que todos estivessem representados. Também foram realizadas entrevistas com gestores locais de saúde

dos dois municípios. As visitas às comunidades e as rodas de conversa foram registradas mediante a gravação de vídeo e de áudio. Essas ações foram realizadas de janeiro a julho de 2015.

Resultados e discussão

Assentamento Mandacaru

O Assentamento Mandacaru está localizado na zona rural de Petrolina (PE), às margens do Projeto de Irrigação Senador Nilo de Souza Coelho (PINC) – S 09º16'18", W 040º35'54" (FREIRAS et al., 2015) –, a aproximadamente 15 km do centro da cidade, com uma área total de 471 hectares (ha). (INSTITUTO..., 2014). O Assentamento foi criado em 2000 e possui cerca de 70 famílias assentadas, com um total de cerca de 300 pessoas oriundas dos municípios de Floresta, Cabrobó e Orocó, em Pernambuco, e de algumas cidades do Rio Grande do Norte e do Ceará (OLIVEIRA, 2012).

Dados do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), do ano de 2014, apontam que entre as principais atividades agropecuárias realizadas no assentamento, destacam-se a caprinovinocultura, a criação de galinha caipira e bovino, produção de leite, bem como fruticultura e roçados de temporário no período de chuva. O Incra ainda destaca a iniciativa das mulheres da comunidade na criação de uma cooperativa de doces e polpas de frutas, o que foi comprovado na visita e na roda de conversa realizada na comunidade. As famílias do Assentamento são constituídas, em sua maioria, pela força de trabalho originada de fazendas dos perímetros irrigados do polo Petrolina e Juazeiro (FREITAS et al., 2015).

A roda de conversa ocorreu na sede da Associação dos Agricultores Familiares do Assentamento Mandacaru (Aafam), em janeiro de 2015, com a participação de 16 moradores. De acordo com eles, o principal processo produtivo no Assentamento é a agricultura, especialmente de frutas como uva, goiaba e acerola na área comum de 35ha irrigado para as setenta famílias, em que cada uma tem direito a meio hectare. Nessa área, com acesso à água do perímetro irrigado (PINC), é desenvolvida a agricultura irrigada. Sobre a produção inicial da comunidade, "A lógica dos sistemas de produção convencional vivenciado nas fazendas produtoras de frutas para exportação (uso intensivo de agrotóxicos e adubos químicos)"(FREITAS et al., 2015).

Desde 2009, uma parte da comunidade passou a produzir em uma horta orgânica que hoje conta com treze famílias. Além da agricultura, há grupos de mulheres que produzem doces e artesanato de tecido e os comercializam. Elas têm um papel protagonista na comunidade, sendo referência tanto no trabalho produtivo quanto politico-organizativo. Hoje, as principais lideranças da comunidade, assim como a presidente da Associação dos Agricultores Familiares do Assentamento Mandacaru (Aafam), são mulheres.

O instrumento de organização da comunidade é a Associação, que, por sua vez, se organiza com o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Petrolina (STR). Também existe outra para produção orgânica da horta. Oliveira (2012), aponta que ao longo de sua história, a comunidade se organizou em vários momentos, o que proporcionou acesso a alguns projetos de investimento, entre esses o Programa Nacional da Agricultura Familiar e os bancos oficiais (Pronaf).

Segundo os moradores, o Assentamento possui uma escola que atende crianças de 4 a 7 anos. Entretanto, no local não há creche, situação apontada como um dos principais problemas da comunidade, limitando o acesso ao trabalho para as mulheres, assim como também a falta de lazer para as crianças e adolescentes. O local possui, para lazer, apenas um campo de futebol, que segundo os habitantes é mais utilizado por pessoas de fora da comunidade.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) não fica no assentamento, mas sim no Projeto de Irrigação Senador Nilo de Souza Coelho – C1, a cerca de 5 km. Esse é o principal problema de saúde elencado pela comunidade, seguido pela falta de um agente comunitário de saúde (ACS). Segundo os moradores, a ACS que assiste o Assentamento é da comunidade de Sítio Porteiras, mas por causa do crescimento dessas comunidades, a agente de saúde atualmente só consegue dar assistência a duas ruas do Assentamento Mandacaru, mais próximas ao Sítio Porteiras.

Os moradores também relatam a dificuldade de atendimento na UBS do C1, sendo apontada a falta de vagas. Para conseguir atendimento, eles chegam à UBS às 4 horas da manhã, quando começa a se formar a fila de espera. Afirmam que preferem ir à cidade para tentar atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento (Upas), mas que os profissionais os enviam de volta para as UBS. Segue o relato de uma das moradoras.

> Só que nesse postinho do C1 eles atendem por feição, atendem mais moradores do C1, N1 e N3...um dia eu cheguei lá com meu pai, chegou junto com ele um do N3 e pra ele teve ficha pra o meu pai não teve. Sabe o que fiz, levei ele lá para o bairro

Cosme Damião[2] que tem uma clínica. Teve que ser tudo pago [...] (ACERVO DE PESQUISA).

Uma UBS que possa atender não só a comunidade, mas também as comunidades vizinhas que, somadas, devem ter mais de 300 famílias (contando apenas o assentamento Mandacaru, o assentamento Terra e Liberdade e o assentamento Nova Esperança), é prioridade para a comunidade.

Outro problema relatado é relacionado à água, oriunda do canal de irrigação. O assentamento possui um sistema de abastecimento para ser concluído, mas já se estima que não atenderá à demanda, pois seria uma caixa de dez mil litros que receberá a água tratada e distribuirá para as mais de setenta famílias. Hoje, a comunidade trata a água com cloro. Segundo os moradores, antes, quando havia ACS, trazia o cloro. Atualmente, os próprios moradores providenciam.

A comunidade relata que é tranquilo o lugar e desconhecem a existência de casos de violência doméstica ou contra a mulher na localidade. Também se refere à horta orgânica como produtora de saúde e reclama das fazendas irrigadas ao redor do assentamento, que usam agrotóxico e acabam consumindo a maior parte da água para irrigação, o que compromete a produção dos orgânicos e agroecológicos.

Bairro Jardim Primavera

Para Gaspar et al. (2015), o Bairro Jardim Primavera, chamado inicialmente de Vila Mandacaru, localiza-se a 15 km do Centro de Juazeiro (BA) e surgiu há cerca de 24 anos, com um acordo político entre a Caixa Econômica Federal e a Agroindústria do Vale do São Francisco S.A (Agrovale), empresa produtora de açúcar, de etanol e de bioenergia. Seus moradores são essencialmente trabalhadores da empresa e micro comerciantes.

Os pequenos cultivos irrigados sempre foram uma das atividades mais importantes para os moradores, havendo atualmente também a confecção de esteiras, utilizadas para embalar frutas.

Segundo os habitantes, o bairro surgiu pela necessidade de servir como morada para os trabalhadores vindos de outros estados e das cidades vizinhas, os quais vinham fazer o corte e a colheita da cana. Atualmente, o local é composto por 33 quadras, com cerca de 600 casas de morada permanente construídas.

[2] Bairro da periferia de Petrolina.

Os entrevistados estimam que há mais de 3 mil moradores no Jardim Primavera, e a maioria deles são empregados da Agrovale. Durante o corte da cana, a população do bairro aumenta por conta do número de mão de obra necessária à atividade. Quando acaba a colheita, eles vão embora.

Um dos pontos controversos do bairro é a sua localização, pois ora é considerado zona rural, ora área urbana, por estar localizado na zona urbana. As ACS, por exemplo, informaram que a UBS do bairro existe há 12 anos e hoje é uma UBS da zona rural. Todavia, é registrado como zona urbana pela proximidade com a cidade, relata o diretor de vigilância da saúde de Juazeiro.

A roda de conversa aconteceu na escola da comunidade, com 24 moradores. Segundo eles, com o crescimento do bairro, vários problemas surgiram, sendo a qualidade da água apontada como um dos principais agravantes.

A água que abastece o bairro é oriunda do perímetro irrigado do Tourão, e a Agrovale monopoliza 90% do recurso potável desse Projeto, que capta do Rio São Francisco para levar aos pequenos projetos de irrigação (ARTICULAÇÃO..., 2015). Ela passa apenas por um tratamento mínimo antes de chegar às casas, provocando diarreia e outros problemas de saúde na população. Segundo a vigilância de saúde de Juazeiro, não há laboratório para fazer a análise, porém já foi solicitado ao estado a estruturação desse trabalho.

Outro problema enfrentado pela população do bairro e que também afeta praticamente toda a cidade de Juazeiro de Petrolina, é a queima da cana, que ocorre durante seis meses do ano. Segundo Pacheco e Santos (2013), apesar de se destacar no cenário agrícola regional e nacional, a Agrovale continua se utilizando de técnicas ainda primitivas. Veja:

> O que provoca, ao logo de anos, efeitos danosos aos trabalhadores atuantes no corte da cana, à sociedade e ao meio ambiente. Por conta justamente da queima da palha da cana, espraia-se uma fuligem de cor preta durante a noite, nas proximidades da usina e até em áreas mais distantes do canavial, onde pela manhã as residências ficam infestadas com o que é denominado no senso comum de "sujeira da palha de cana". Além da fuligem que polui a cidade, a fumaça que toma conta das áreas vizinhas polui o ar atmosférico local. Ela é transportada, pelos ventos, para lugares mais distantes (p. 105).

A comunidade aponta que as crianças e os idosos são os mais acometidos

com problemas respiratórios ocasionados pela fuligem durante a queima da cana. Como o período da queima, em geral, coincide com o clima seco, aumenta o risco de doença na população. A associação entre queima de cana-de-açúcar e danos à saúde já foi verificada em trabalhos científicos de Cançado (2003), Arbex et al., (2000), Lopes; Ribeiro (2006), Paraíso (2014).

Segundo a comunidade, além da queima da cana, a pulverização aérea realizada pela Empresa expõe a comunidade aos agrotóxicos. Por conta dessa pulverização, alguns moradores relataram que as famílias de pequenos agricultores que vivem nos arredores da empresa e que produzem cultivares de melão, de cebola e de maracujá na área de sequeiro, têm suas plantações contaminadas. Segundo eles, não existem políticas de auxílio para orientar esses pequenos produtores.

Segue o relato de alguns moradores sobre a percepção dos agrotóxicos: "Mata"; "É veneno e tem aquele desenho da caveira, coisa boa não é". Na roda de conversa, foi descrito um caso de intoxicação em um trabalhador da Agrovale. Segundo o relato, a bomba com veneno explodiu nas costas do morador, e ele foi encaminhando para Salvador (BA), a cerca de 500 Km de Juazeiro, para fazer exames. Hoje, o trabalhador foi transferido para a irrigação por causa da sua incapacidade de continuar aplicando veneno.

Os agrotóxicos são substâncias que causam intoxicações agudas e crônicas. Nas agudas, os sintomas, a depender do(s) ingrediente(s) ativo(s) (IA), podem ser fraqueza, vômitos, náuseas, convulsões, contrações musculares, cefaleia, dispneia, epistaxe e desmaio. A intoxicação crônica acarreta danos irreversíveis, como paralisias, neoplasias, lesões renais e hepáticas, efeitos neurotóxicos retardados, alterações cromossomiais, teratogênese, desregulações endócrinas, etc. (OPAS, 1996).

Estudos na Região do Polo Petrolina (PE) e em Juazeiro (BA) apontam uso indiscriminado de agrotóxicos em condições inseguras de trabalho, comprometendo a saúde da população exposta direta e indiretamente a essas substâncias (BEDOR et al., 2009; MOURA et al., 2014).

Um dos processos produtivos da comunidade é a produção artesanal de esteiras de Taboá (Figura 1), um tipo de palha que serve para cobrir frutas nos caminhões do mercado do produtor em Juazeiro. As queixas de quem trabalha nessa atividade são dores na coluna, nas pernas e problemas respiratórios, por causa do pó que a palha solta durante o manuseio.

Figura 1: Esteiras de taboá. Bairro Jardim Primavera, Juazeiro (BA), 2014

Fonte: Acervo da pesquisa

A UBS do bairro, que segundo os moradores funciona numa casa alugada e com estrutura precária, com bebedouro, cadeiras e ventilador quebrados, possui uma grande demanda, o que acaba causando deficiência no atendimento, que, de acordo com os relatos, ocorre de forma inadequada. Foi reportado que o médico só atende uma vez na semana, e "se tiver ficha". Caso contrário, ele não atende, mesmo se tratando de emergência. Diariamente, são disponibilizados apenas oito atendimentos e mais quatro para emergência, sendo atendidos depois dos oitos agendamentos.

Houve queixa por parte das mulheres da comunidade que não conseguem marcar o exame preventivo por falta de vaga, e as gestantes realizam apenas uma ultrassonografia durante toda a gestação. Segundo os moradores, há falta de material básico para curativos, por exemplo, que precisam ser comprados pelos pacientes e levados à UBS quando há necessidade. Também não há medicação básica para hipertensos, a Unidade não realiza a coleta para exame de sangue e sempre falta contraceptivo.

Os moradores se queixaram bastante da ausência de profissionais, principalmente médicos:

> Deveria ter um mural indicando a transparência e a reposição do médico com acréscimo de mais fichas para o atendimento, quando esse faltasse. Gostaria de saber se a Prefeitura corta o ponto e salário do médico no dia em que o mesmo não vem atender...era o que deveria ser feito (ACERVO DA PESQUISA).

Para a população, o lazer no bairro são as caminhadas e a quadra poliesportiva, inaugurada em 2012, sendo muito utilizada pelos jovens.

Comunidade de Lagoa do Meio

A comunidade de Lagoa de Meio existe desde 1922, segundo os moradores, e é um dos Distritos que compõe a Associação Comunitária de Massaroca, criada em 1989, localizada a cerca de 60 km do centro de Juazeiro (BA).

O objetivo da criação da associação foi conjugar os esforços das comunidades, na época nove, para implementar projetos de desenvolvimento de interesse global para a população local, tanto na produção agropecuária quanto nos aspectos socioeconômico (BARROS et al., 1999).

Os principais processos produtivos de Massaroca têm base na caprinovinocultura, sendo implementada com galinha de postura, na produção de queijo de cabra, de doces de compota e de geleias extraídas da matéria-prima do umbuzeiro, uma vez que a associação possui uma unidade de beneficiamento específica dos derivados do umbu – Sabor Natural da Caatinga – localizada nos Distritos de Curral Novo e Jacaré, próximos à Lagoa do Meio. As mulheres são responsáveis por colher e produzir os doces na unidade de beneficiamento, sendo a produção realizada em sistema de sequeiro e sem agrotóxicos.

Em Massaroca está localizada a Escola Rural de Massaroca (Erum), idealizada, construída e operacionalizada na dinâmica de um projeto de desenvolvimento local, a partir de uma demanda do Caam. A abordagem metodológica da Escola é baseada na utilização dos estudos qualitativos, que permitem respeitar a dimensão temporal de avaliar a causalidade local para formular explicações (REIS; BARROS, 2006).

A roda de conversa teve a participação de dezessete membros da comunidade de Lagoa do Meio (Figura 2), hoje composta por 23 famílias que vivem principalmente do Fundo de Pasto, da criação de galinhas e hortaliças, com a água armazenada em cisternas calçadão. Ao longo de sua história, a comunidade se organizou em vários momentos, permitindo o acesso a alguns projetos

de investimento, tais como cisternas, Garantia Safra e Pronaf. A presidente do Caam é moradora de Lagoa do Meio, é também ACS da comunidade. As mulheres têm papel de liderança e são exemplo, com participação ativa.

Figura 2: Roda de conversa na casa da presidente do Comitê de Associações Comunitárias de Massaroca. Lagoa do Meio, Juazeiro (BA), 2015

Fonte: Acervo da pesquisa

Lagoa do Meio é assistida pela UBS de Poções, situada a nove km de distância. Essa UBS tem atendimento apenas às terças e às quintas. Apesar de a comunidade relatar ser bem assistida e estar satisfeita com o atendimento na UBS, seja nas consultas ou em estratégias de prevenção de doenças e na promoção da saúde, o médico relatou a falta de medicamentos, problemas nos atendimentos odontológicos – tem dentista, mas não tem atendimento por falta de material – e a demora na entrega do resultado dos exames preventivos. Também foi apontada a falta de remédio para hipertensão na unidade de saúde, citado como o agravo mais prevalente na comunidade. “Faz um ano que não vem remédio para hipertensão e quando chega não é suficiente para todos”.

A comunidade não tem esgoto, mas possui fossa séptica em todas as casas. Não há recolhimento de lixo, por isso é queimado pela população, o que leva os moradores a descreverem a localidade como sendo limpa. O acesso à água é oriundo de barragens, todavia as casas possuem cisternas. A água para consumo é bruta (sem tratamento), sendo fervida ou colocada diretamente nos bebedouros de barro (pote).

Implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

Apesar da cobertura de Saúde da Família nas duas cidades de cerca de 80%, como indicada na Tabela 1, todos os profissionais entrevistados, sejam enfermeiros, médicos, agentes de saúde, representantes do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), da Atenção Básica ou da Vigilância dos municípios analisados, desconhecem a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas.

As principais dificuldades apresentadas pela gestão das duas cidades foram:

a) Qualidade do serviço, muitas vezes, apesar da abrangência de cobertura de Saúde da Família falta.

b) Distância das comunidades Rurais do Centro.

c) Falta de profissionais especializados.

d) Desconhecimento dos profissionais de doenças relacionadas aos principais processos produtivos, principalmente as intoxicações por agrotóxico, assim como a subnotificação desses agravos.

e) Falha na formação dos profissionais (formação hospitalocêntrica, sem conhecimento de território).

f) Carência de Hospitais nas cidades de Petrolina e Juazeiro para atender a população da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do São Francisco (Peba), Pernambuco e Bahia. Essa rede beneficia cerca de 1,8 milhão de habitantes de 55 municípios de ambos os estados. O sistema integra os serviços municipais e estaduais em uma única gestão e otimiza os atendimentos de alta complexidade entre os municípios de Juazeiro e Petrolina (PIERRO, 2011).

Além disso, foi relatado que os Cerest das duas cidades enfrentam dificuldades para promover ações de vigilância. O Cerest de Juazeiro, por exemplo, afirma que o corpo técnico da Secretaria de Saúde do Município ainda não consegue visualizar a importância da vigilância, ficando essa pauta em segundo plano, priorizando somente a assistência. Já em Petrolina, há um subregistro significativo de acidentes de trabalho, particularmente em mulheres e crianças, uma vez que o hospital, que atende esse público, não tem realizado notificações sistematicamente. Nos dois municípios, atualmente, tais questões são os principais agravos dos trabalhadores relacionados ao trabalho na região.

O Conselho de Saúde dos dois municípios atua muito mais na cobrança do que no Planejamento das ações.

Dessa forma, ficou nítido que o primeiro contato dos profissionais da saúde dos municípios de Petrolina e Juazeiro com a PNSICFA deu-se a partir desta pesquisa, não havendo capacitação para implementação pelos órgãos de gestão locais ou mesmo pelo Ministério da Saúde no polo estudado.

A Secretaria de Saúde de Petrolina acredita que algumas ações da Política, mesmo sendo pouco conhecida, vêm sendo desenvolvidas, uma vez que crê que a PNSIPCFA segue as mesmas ações da ampliação da Política da Atenção Básica. Segundo a Secretaria Executiva da Secretaria de Saúde Municipal de Petrolina, do mesmo modo que a Atenção básica incorpora a Política de pessoas privadas de liberdade, pode incorporar a PNSIPCFA.

Para o Direção da vigilância e promoção a saúde de Juazeiro, implementar a PNSIPCFA:

> É pensar num futuro próximo dessa população, qual vive exposta, por exemplo, aos agrotóxico todos os dias, sem prevenção e cuidado propriamente dito, nem com manejo e nem EPI. É esse cidadão que vai chegar futuramente nas nossas unidades, cabe a nós implementar vigilância dessas populações, não só na questão da agricultura, mas da pesca, é lembrar que temos área ribeirinha. Traçar diretrizes para atendimento dessa população, que hoje estão soltas, não estão sendo trabalhadas adequadamente, como deveriam (ACERVO DA PESQUISA).

Considerações finais

Durante o processo de pesquisa, até mesmo em função da metodologia utilizada, percebe-se um conjunto de desafios, de avanços e de aprendizados. Um aprendizado importante que deve ser colocado como desafio para os órgãos de gestão é a capacidade de dar voz aos sujeitos dos territórios, pois eles estão vivendo cotidianamente os problemas e os desafios à saúde. Com isso, podem perceber o potencial de cada território no que diz respeito a ações que podem ser desenvolvidas para promover a saúde nas comunidades. Sendo assim, um desafio importante diz respeito à construção de mecanismos de diálogo direto e participativo com as populações a fim de qualificar as ações de saúde, em

especial, as que dizem respeito a PNSIPCFA.

Elemento importante e que ora apresenta-se como desafio, ora como potencial, refere-se ao modelo de produção adotado. Fica evidente que as comunidades que desenvolvem experiências de produção alternativa de base agroecológica observam diretamente seus reflexos na saúde. O desafio posto para os gestores de saúde é não tratar a saúde como a prática de resolver problemas de doença, mas de buscar a promoção a partir da adoção de práticas que dialoguem com outras políticas públicas para o campo, como o incentivo à produção sem o uso de agrotóxicos. Trata-se de potencializar as ações do poder público, buscando qualificar as atividades de saúde como eixo transversal para as demais políticas para o campo, como, por exemplo, moradia, acesso à água, à terra, à energia elétrica, entre outros.

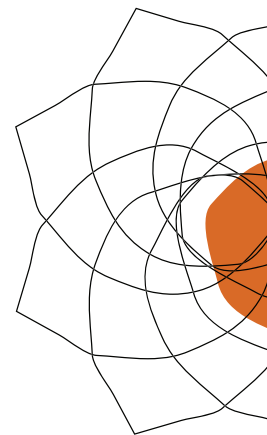
A capacidade organizativa das comunidades mostra-se como um avanço, ou seja, onde a comunidade possui maior nível de organização e articulação com outras entidades e movimentos da sociedade civil, percebe-se crescimento que reflete nas questões de saúde. Com isso, um aprendizado importante reside no fato de que toda e qualquer ação realizada nos territórios deve buscar potencializar a capacidade organizativa da comunidade, buscando com isso qualificar os processos de luta pelas necessidades do território.

Tal avanço deve ser mencionado, pois diz respeito à metodologia utilizada, ou seja, o conjunto de sujeitos da pesquisa atuam como sujeitos e não como objeto, isso, sem dúvida, qualifica os resultados na perspectiva da continuidade. A existência de pesquisadores populares e pesquisadores vinculados à academia possibilita assegurar de forma permanente o diálogo entre o conhecimento popular e o chamado conhecimento científico acadêmico. Ademais, tal método de estudo empodera os territórios a cobrarem soluções do poder público, mas também a construírem alternativas por si mesmos.

Dois limites, que obviamente não impediram a realização da pesquisa, referem-se à limitação de recursos financeiros e ao curto espaço de tempo para a realização das atividades de pesquisa. Sem dúvida uma maior quantidade de recursos disponíveis ou uma maior contribuição da gestão local no que se refere à infraestrutura, articulada com uma maior disponibilidade de tempo, facilitaria para que conversas mais sistematizadas e outras coletas de dados e informações fossem realizadas. Tais questões não alterariam o resultado do trabalho, mas poderiam trazer maior riqueza de informações.

Por fim, talvez o principal desafio colocado refira-se à necessidade dos órgãos de gestão em constituir mecanismos para capacitar seus agentes para

conhecer a PNSIPCFA e, com isso, buscar, a partir da realidade local, adequar a sua implementação. Trata-se de um direito conquistado pelas populações do campo, da floresta e das águas, mas para que esse direito se materialize é necessário que o poder público tenha um conhecimento profundo da política, tanto gestores quanto demais profissionais do SUS, além de um planejamento com disposição de verbas para a consolidação material daquilo que já se encontra disposto em linhas de ações na PNSIPCFA.

Esta pesquisa representa apenas um dos passos para a implementação dessa política, de modo que outras ações devem continuar sendo realizadas nos territórios estudados, buscando qualificar a relação entre gestores, movimentos sociais, comunidades e profissionais do SUS, a fim de superar os problemas do campo e, com isso, promover saúde e vida nesses espaços.

CAPÍTULO 10

A intersetorialidade como estratégia de implantação das políticas públicas para efetivação da saúde no campo em Tauá (CE)

Vanira Matos Pessoa
Ana Cássia Ferreira Firmo
Luisa Munda Rodrigues
Fernando Ferreira Carneiro
Vinícius Oliveira de Moura Pereira

Pra gente cantar o sertão, precisa nele morá,
Ter armoço de fejão e a janta de mucunzá, viver pobre sem dinheiro socado dentro do mato de apragatacurrelepe pisando em riba do estrepe, brocando a unha de gato.

Patativa do Assaré (Poeta Cearense)

O SUS universal, equitativo e integral nasceu e vive num contexto de desigualdades e exclusão social, e tem se constituído numa política estratégica de enfrentamento de questões de saúde pública nas áreas rurais. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de atenção que foi implementado no Ceará, em 1994, como proposta contra-hegemônica e como porta de entrada das pessoas ao SUS. Atualmente está implementada em quase todo o país, entretanto apresenta uma diversidade de problemas como: pior desempenho em áreas rurais; a lógica da territorialização ainda não se faz na perspectiva de espaços sociossanitários de maior risco para priorização de ações e fragilidade da participação social (MEDINA; HARTZ, 2009, NUNES, 2011, AQUINO et al., 2014).

A ESF, em territórios rurais, para atuar com resolubilidade precisa compreender e praticar a visão de saúde que já está esboçada nos normativos do

Ministério da Saúde: Política Nacional de Atenção Básica (Pnab); Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA); Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT); dentre outras. Além do desafio intrasetorial, é necessário que a Estratégia se aproprie de problemas complexos relacionados ao modelo de produção centrado na reprimarização da economia, que se expressa em forte alteração do estado de saúde das populações rurais/camponesas (PESSOA, 2015).

De acordo com Pessoa (2015), essas políticas intrasetorais servem de âncora normativa para tensionar a incorporação, no cuidado à saúde, do modo de viver e produzir, como aspectos importantes para avançar nas práticas emancipatórias na ESF.

Os avanços do ponto de vista da equidade no SUS ainda são insuficientes para as populações do campo, da floresta e das águas, por isso foi publicada em 2011 a PNSIPCFA, que está inserida dentro de um conjunto de políticas de promoção da equidade no SUS. Essas políticas chamam a atenção para diversos grupos vulnerabilizados no Brasil, pois estão mais expostos a situações de maior risco, considerando a determinação social da saúde. Dentre esses aspectos, destacam-se os níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, o acesso à água e ao saneamento, a segurança alimentar e nutricional, a participação da política local, os conflitos interculturais e preconceitos como o racismo, as homofobias e o machismo, entre outros (BRASIL, 2013).

Os grupos populacionais contemplados por essas políticas são: as populações do campo, da floresta e das águas; negra, em situação de rua; lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) e cigana. Esses grupos populacionais requerem uma atuação da política de saúde que valorize as suas singularidades, especificidades e diferenças, seja no modo de viver/produzir, seja em relação ao gênero/orientação sexual, seja na etnia, seja na sua identidade, dentre outros aspectos culturais. Para Pessoa (2015), são grupos populacionais que necessitam de uma abordagem em saúde contra-hegemônica, tendo em vista que são oprimidos, negados e excluídos historicamente pelos processos hegemônicos tanto na saúde como na conformação social, histórica e política da sociedade brasileira.

Postos os sujeitos nesse cenário, reafirmamos a necessidade da contra-epistemologia na saúde coletiva para subsidiar as práticas emancipatórias no SUS e, mais especificamente, na ESF. Neste texto, abordamos as populações do campo/sertão, mas consideramos que os aspectos étnicos, de gênero/orientação sexual

e de classe, estão articulados e conjugados também no grupo populacional. É necessário destacar o modo de vida e um olhar do serviço de saúde para essas populações, que ainda são as que têm mais dificuldades de acesso ao SUS, por estarem em territórios rurais. Essa pluralidade de sujeitos singulares reivindica a tessitura de uma ecologia de saberes para promover práticas de saúde emancipatórias, considerando o processo de atenção-cuidado.

A PNSIPCFA (2011) reforça a dimensão do modo de vida tradicional, incluído o trabalho como uma dimensão positiva da saúde. Essa política valoriza a especificidade, a singularidade e expõe, do ponto de vista da equidade, a dificuldade do acesso à saúde, como também o reconhecimento, por parte dos serviços de saúde, do modo de viver e de cuidar das populações como aspectos necessários nas abordagens em saúde.

A produção de novas práticas, saberes e conhecimentos em saúde requer articulação e integração do instituído por meio dos direitos conquistados. Há necessidade de valorização do saber popular ao mesmo tempo em que se integre a pesquisa e os serviços de saúde. Nesse texto, discutimos como está a situação de saúde no campo em comunidades rurais de Tauá (CE) e apontamos as necessidades de avanços com vistas a garantir efetivamente o direito à saúde para essas populações.

Este estudo se compõe por uma pesquisa participativa realizada por meio de uma teia de saberes e de práticas na perspectiva de uma ecologia de saberes conforme está descrito no Capítulo 3 – Reflexões teóricas e metodológicas na produção de uma ciência emancipatória à luz da ecologia de saberes.

Foram realizadas oficinas, conversas, fóruns, debates com os gestores do SUS, profissionais da saúde, vereadores, representantes do poder público, sindicatos, associações e comunidades objetivando refletir sobre a situação da saúde no campo do sertão do semiárido cearense, mais especificamente em Tauá.

A pesquisa visou a fomentar a participação e a ação coletiva mediada pelo interesse de contribuir para a efetivação do direito à saúde para as populações rurais. Nesse sentido, as atividades foram realizadas, como um processo, em que não pese o tempo, mas a interação, a comunicação, a reflexão que se materializaram em ações concretas desenvolvidas à medida que a comunidade se colocou como protagonista da luta pela transformação da realidade local.

As atividades foram deflagradas em 2014, realizando-se três oficinas de oito horas cada, com os sujeitos, um encontro de quatro horas, que consistiu no primeiro momento do fórum intersetorial com foco na saúde, além de diversos debates em rádios, sindicatos, dentre outros.

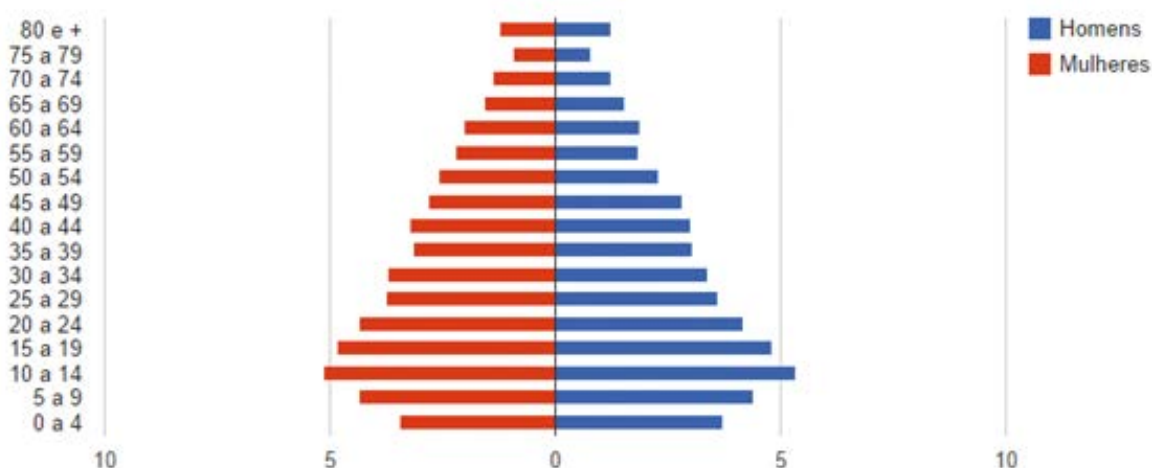
Contexto do município

O município de Tauá está localizado na microrregião do Sertão dos Inhamuns, a 344,7 km da capital cearense. Tem uma área de 4.018,162 km² e teve seu povoamento nos princípios do século XVIII, sendo oficializado como vila em 1802 com a denominação de São João do Príncipe. A palavra Tauá é indígena e quer dizer barro vermelho (MOTA, 2002).

A população estimada do município para o ano de 2015 é de 57.701 habitantes, com uma densidade demográfica de 13,87 hab/km², segundo IBGE (2015). É o município do Ceará com maior percentual da população residente em área rural (42,10%). Em relação à distribuição da população por sexo, segundo o IBGE (2010), os homens correspondem a 49,10%, e as mulheres, a 50,90%.

De acordo com as pirâmides populacionais da Figura 1 a seguir, podemos observar que há a tendência de que a base fique mais estreita, reflexo da queda nas taxas de fecundidade. Em relação ao topo da pirâmide, que representa a população idosa, observa-se que há tendência do aumento da esperança de vida ao nascer e, com isso, o alargamento do topo, característico da transição demográfica vivida nas últimas décadas no Brasil (Ver Tabela 1). Em Tauá, o indicador esperança de vida ao nascer aumentou 8,2 anos nas últimas décadas, isso é um ponto positivo. Entretanto, segundo dados do PNUD (2013), salienta-se que ainda está abaixo do apresentado para o estado, que é de 72,6 anos e, para o país, de 73,9 anos.

Figura 1: Pirâmide etária de Tauá (CE) nos anos 1991, 2000 e 2010.

2010 Pirâmide etária - Tauá - CE
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013. Longevidade, mortalidade e fecundidade

Do mesmo modo, a mortalidade infantil (entre crianças com menos de um ano) em Tauá reduziu 37%, passando de 36,3 por mil nascidos vivos em 2000 para 22,5 por mil nascidos vivos em 2010. Segundo dados do PNUD (2013), no ano de2010, essa taxa no estado e no país era 19,3 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente. A taxa de fecundidade total apresentou comportamento similar ao restante do país (Ver Tabela 1).

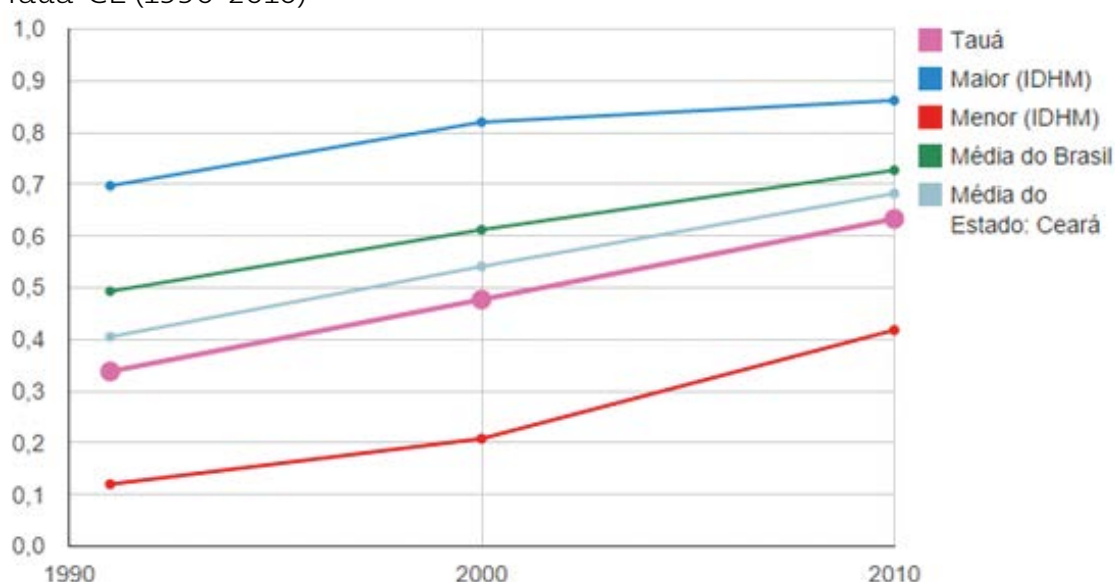
Tabela 1: Longevidade, mortalidade e fecundidade em Tauá-CE (1991, 2000 e 2010).

Taxa	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	63,2	69,1	71,4
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	55,2	36,3	22,5
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	72,7	46,9	24,2
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	4,0	3,1	2,1

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013

Dados Sociais

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM[1]) em Tauá, em 2010, foi de 0,633. Essa medida situa o município na faixa de IDHM médio (entre 0,6 e 0,699). Dessa forma, em relação a todos os 5.565 municípios do país, Tauá encontra-se na posição 3.433ª. Em relação aos 184 municípios do Ceará, Tauá está na 44ª posição. Conforme pode-se observar na figura e tabela 2, no período de 1990 a 2010, o município apresentou IDHM abaixo da média do estado e do país. A dimensão educação foi a que mais cresceu no período, sendo essa a principal responsável pelo incremento no IDHM (PNUD, 2014).

Figura 2: Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em Tauá-CE (1990-2010)

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013

[1] O IDHM é calculado considerando três dimensões no município: a educação, a longevidade e a renda.

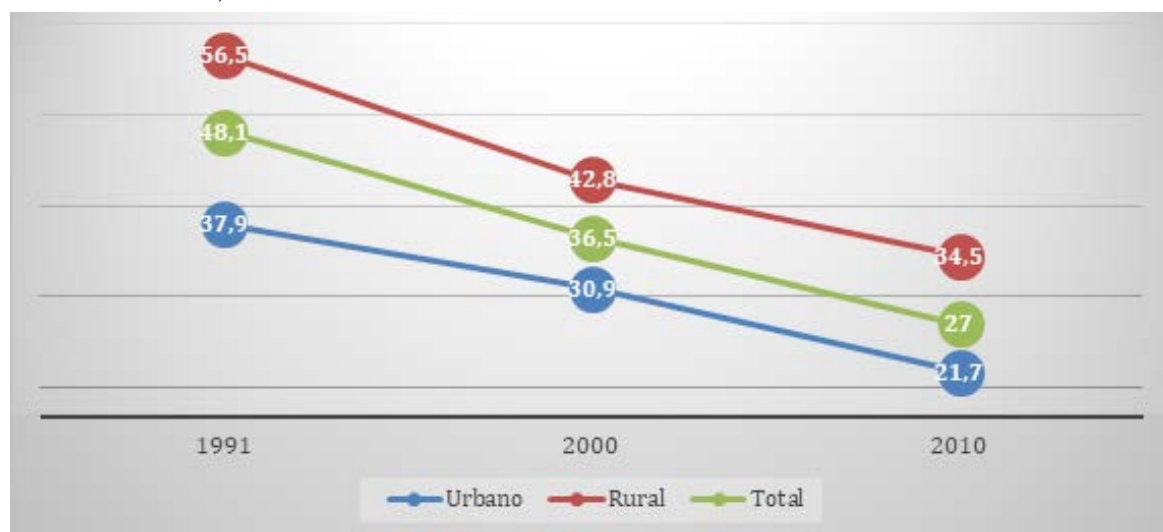
Tabela 2: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes – Tauá (CE), nos anos 1991, 2000 e 2010.

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,137	0,283	0,560
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	10,20	15,33	35,09
% de 5 a 6 anos na escola	36,35	80,45	97,12
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental ou com fundamental completo	15,51	45,50	87,92
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	6,61	19,51	63,39
% de 18 a 20 anos com médio completo	4,60	8,66	34,47
IDHM Longevidade	**0,637**	**0,735**	**0,773**
Esperança de vida ao nascer (em anos)	63,19	69,09	71,40
IDHM Renda	**0,442**	**0,522**	**0,585**
Renda per capita	125,18	206,21	305,42

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Renda e educação

Em relação ao analfabetismo, no ano de 2010, Tauá apresentou percentuais expressivos. Segundo o último Censo do IBGE, 27% da população daquele município era analfabeta. Se considerar apenas a população residente em área rural, esse percentual é ainda maior, 34,5%. Mesmo diante desse desempenho, abaixo daquele encontrado no estado e no país, respectivamente, 18,2% e 9,4%, essa taxa vem apresentando tendência de queda ao longo das últimas décadas, tal como se pode observar na Figura 3.

Figura 3: Taxa de analfabetismo segundo a situação de domicílio em Tauá (CE) nos anos 1991, 2000 e 2010.

Fonte: IBGE, 2010. Elaboração: Obteia

A população mais afetada por essa taxa é aquela situada na faixa etária maior de 25 anos, assim observa-se na Tabela 3 que quanto maior a idade, maior a taxa de analfabetismo.

Tabela 3: Taxa de analfabetismo por Faixa etária segundo Ano em Tauá (CE) nos anos 1991, 2000 e 2010.

Ano	15 a 24 anos	25 a 39 anos	40 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e +	Total
1991	35,0	39,1	63,4	62,0	79,1	91,2	48,1
2000	15,5	33,3	45,7	56,6	69,2	78,6	36,5
2010	5,9	19,8	33,1	51,9	61,1	58,4	27,0

Fonte: IBGE, 2010. Elaboração: Obteia

Tabela 4: Renda, Pobreza e Desigualdade – Tauá (CE), nos anos 1991, 2000 e 2010

	1991	2000	2010
Renda per capita	125,18	206,21	305,42
% de extremamente pobres	57,59	33,82	20,19
% de pobres	80,06	61,80	41,03
Índice de Gini	0,61	0,61	0,57

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

Pode-se observar por meio dos dados da Tabela 4 que o percentual da população extremamente pobre[2] e o percentual de pobres no município de Tauá foram reduzidos ao longo dos anos. De acordo com dados do IBGE (2010), em 1991, mais da metade da população era extremamente pobre (57,59%), e, em 2010, esse percentual, embora ainda preocupante, caiu para 20,19% da população. Do total de extremamente pobres, 67,0% viviam no meio rural e 33,0% no meio urbano.

A desigualdade entre os segmentos sociais, em relação à renda, também diminuiu, o Índice de Gini[3] passou de 0,61, em 1991, para 0,57 em 2010, segundo PNUD (2014). A redução desse indicador também foi percebida no estado nesse período (Tabela 5).

Tabela 5: Índice de Gini no Brasil, Ceará e Tauá (2010).

Brasil	0,60
Ceará	0,61
Tauá	0,57

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

[2] Renda domiciliar per capita abaixo de R$ 70,00.

[3] Indicador usado para medir o grau de concentração de renda, quanto mais próximo de 0, maior a igualdade e a distribuição de renda, quanto mais próximo de 1, maior a desigualdade.

Critérios de seleção do município

Dentre os critérios de inclusão do município na pesquisa do Obteia, citamos: integração do SUS (gestores/trabalhadores) com as comunidades; população residente no campo/sertão quase equiparada à população urbana; rede de serviços de saúde do SUS e a existência de um trabalho social bastante organizado, com destaque para as associações (moradores, servidores públicos, apicultores, mulheres, colônia dos pescadores), sindicatos (trabalhadores e trabalhadoras rurais, patronal), Comissão Pastoral da Terra (CPT) Comunidades Eclesiais de Base, Ongs e organizações filantrópicas e outras religiosas.

Em termos de estrutura organizativa de saúde, o município é sede da 14ª região de saúde do estado do Ceará, que é composta pelos municípios de Aiuaba, Arneiroz, Parambu e Tauá. É classificado, também, como polo da região, assumindo a responsabilidade em vários serviços de baixa e média complexidade do SUS.

A rede de serviços de saúde pública no município está composta por um Hospital, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Especialidade Odontológica (CEO), uma Policlínica, um Lacen, um Samu, um laboratório municipal, uma central de assistência farmacêutica, cinco Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), dois Centros de Atenção Psicossocial (Caps II e um Caps AD) e 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com vinte e cinco Equipes de Saúde da Família (ESF) e com uma cobertura populacional pela atenção básica à saúde de 100% (CNES, 2015).

A boa cobertura de serviços primários traz um significativo impacto positivo no acesso ao SUS pela população rural. Entretanto, as pessoas ainda possuem dificuldades para acessar os serviços de saúde de uma maneira geral. O município tem 25 ESFs implantadas, sendo 11 na zona rural e 14 na zona urbana.

Observamos que o município tem feito um esforço para melhorar a política de saúde, com especial atenção para Atenção Básica de Saúde. Dentre os processos em andamento, destaca-se o curso de planificação da atenção primária à saúde como estrutura organizadora do sistema local de saúde, que está com 100% (530) trabalhadores do ABS/SUS integrados no processo de qualificação, contribuíndo para a melhoria de alguns indicadores de saúde.

O município dispõe de um Núcleo de Tecnologia da Informação que informatizou 100% das UBS. E apresenta os seguintes sistemas de informação em saúde implantados em 100% das UBS/equipes: Telessaúde, E-Sus, SISPNI; além de investimentos na melhoria de infraestrutura das UBS acompanhado de densidade tecnológica; e do incentivo à produção científica.

No processo de gestão da ESF, foi implementada a divisão do município em cinco regiões administrativas; a seleção de cinco tutores da ABS; a integração do Agente de Controle de Endemias (ACE) e do Agente Comunitário de Saúde (ACS); e a participação popular com dezoito Conselhos Locais de Saúde. Essas ações têm contribuído para melhoria dos indicadores, como a Taxa de Mortalidade Infantil 10/1000 nascidos vivos.

Os territórios da pesquisa

A pesquisa foi realizada em duas comunidades, um assentamento rural e uma comunidade com população negra, em que teve início o movimento sindical do referido município. O Assentamento rural denomina-se 1º de Setembro e a comunidade se chama Barra do Vento, ambas distantes, em média, 52 km da sede do município na maior parte em estrada de terra e sem acesso a transporte público.

O Assentamento 1º de Setembro tem vinte anos de existência e foi criado por meio da articulação dos movimentos sociais do município de Tauá, com os trabalhadores sem terra, especificamente dos distritos de Inhamuns, Marruás e Carrapateiras, que são integrantes do município. Essa articulação iniciou em 1994, no mês de abril, na comunidade São João dos Cândidos Marruás. A ocupação da fazenda denominada Olho d'agua das Canas se deu em 1º de setembro de 1994, propriedade do senhor Paulo Henrique de Lavor. Uma área de 718ha foi ocupada por 76 famílias. O MST ajudou no processo, contribuindo para a primeira ocupação de terras ocorrida em Tauá. Foi um movimento de muitas lutas, medos e ameaças. Mas com coragem e resistência, no dia 26 de outubro de 1996, os assentados receberam a emissão de posse. Até então todos moravam em barracas de lona.

Em 1999, os assentados conseguiram o projeto de habitação e, atualmente, residem treze assentados e seis agregados no assentamento, todos em suas casas.

É uma comunidade de difícil acesso, situada na Serra de São Domingos, que tem como equipe de referência a ESF de Santana.

A comunidade Barra do Vento é reconhecida pela sua história de organização iniciada com a presença de Pe. Alfredinho (de origem Sueca), que em 1972 aceitou o convite para ser vigário da paróquia de Tauá, chegando com a missão de reabrir a Igreja Nossa Senhora do Rosário, que passou seis meses fechada no contexto da Ditadura Militar. Essa foi a comunidade que o Padre escolheu para morar e onde residiu por cinco anos. Seu belo trabalho vive na memória da comunidade até os dias de hoje, que ainda conserva a capela que ele construiu: Capela dos Direitos Humanos. Nessa comunidade, nasceu a primeira delegacia

sindical do município.

Figura 4: Caatinga e estradas de acesso às áreas da pesquisa

Fonte: Fernando Ferreira Carneiro

O processo de pesquisa

Em Tauá, foi realizada uma oficina com todos os gestores do SUS municipal, a Fiocruz e a UnB/Nesp/Obteia, para apresentar a proposta de pesquisa ao município.

Após a adesão do município à pesquisa, a equipe de pesquisadores do Obteia visitou UBS, as localidades rurais, as comunidades diversas e definiu, junto às duas comunidades acima referidas, sua participação/integração na pesquisa, considerando: a distância da sede do município que tem relação com a dificuldade de acesso à saúde e a história de organização e luta das comunidades. Na oportunidade, foi identificada a pesquisadora popular na comunidade e a pesquisadora acadêmica, que trabalhava no SUS local.

Em seguida, uma segunda visita foi feita ao município sob a coordenação do Obteia com o objetivo específico de se reunir com a direção do sindicato dos trabalhadores rurais para discutir a pesquisa e a indicação da pesquisadora popular, para que o processo ocorresse com a validação e o apoio da entidade. A reunião ocorreu, os pactos éticos da pesquisa foram firmados e a

indicação da pesquisadora popular foi confirmada com o sindicato.

Segundo Paulo Freire "não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino". Partindo desse pressuposto, entendemos que para obtermos êxito e chegarmos o mais próximo possível das pessoas das comunidades rurais/camponesas, dos órgãos governamentais e dos profissionais da saúde, devemos difundir os objetivos da pesquisa, destacando o que se trata, quem são os atores e o passo a passo do processo. Desse modo, foram utilizados os veículos de comunicação local, o espaço na câmara municipal e o Programa Saúde em Debate que acontece semanalmente no município com os profissionais de nível superior das UBS. Esse espaço é uma forma para estabelecer relação de respeito, cumplicidade e despertar a importância que cada profissional de saúde tem para efetivação da política.

Essa etapa foi realizada após muitos diálogos e articulações entre vários atores, o que culminou na participação de pesquisadores da equipe executiva do Obteia e pesquisadoras tanto popular quanto acadêmica em debates sobre a pesquisa nas emissoras de rádio, na Câmara Municipal, no Conselho Municipal de Saúde, no Sindicato de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de Tauá (STTR), que é vinculado à Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag) e no programa de formação da secretaria de saúde voltado para a ESF "Saúde em Debate".

Oficinas: processo e resultados – Teia

As pesquisadoras popular e acadêmica realizaram duas oficinas e diversas conversas com as comunidades e utilizaram dinâmicas que permitiram resgatar alguns valores esquecidos da cultura local, bem como a coleta de dados que favoreceram inferir como tem chegado a PNSIPCFA no território.

Alguns desafios foram vivenciados, tais como: fazer com o povo e para o povo exige tempo e compromisso; conciliar trabalho e pesquisa; resgatar confiança do povo em pesquisas; a divulgação do processo e os resultados da pesquisa; promover o entendimento das comunidades sobre a importância da pesquisa para a vida cotidiana; e o promover o conhecimento dos profissionais da saúde sobre a PNSIPCFA.

Para a realização das oficinas, foram feitas visitas domiciliares e convite às famílias para participarem das oficinas. O propósito da pesquisa era: fazer com as pessoas e não fazer para as pessoas. Essa mobilização foi realizada em ambas as comunidades para que elas colaborassem voluntariamente na discussão sobre a saúde no campo, com vistas à melhoria do acesso à saúde nas comunidades.

Desenvolvimento das Oficinas

Foram realizadas duas perguntas-chave para as comunidades. **O que ameaça a vida na comunidade? E o que promove a vida na comunidade?** Essas questões foram debatidas em grupos e sistematizadas.

As comunidades destacaram, como aspectos que **ameaçam a vida:** má-alimentação; água de má-qualidade; degradação do meio ambiente; transporte escolar ruim; estradas vicinais/difícil acesso; falta de saneamento básico; falta de comunicação; lixo; drogas; falta de segurança; demora nas marcações de exames e consultas especializadas; e a falta de profissional dentista na equipe (Acervo da pesquisa).

A análise sobre o que ameaça a vida na visão da comunidade evidencia a relação com a perspectiva da determinação social de saúde, que demanda uma ação intersetorial para avançar na promoção da saúde humana por meio da ESF. Somente os dois últimos itens estão diretamente relacionados ao serviço de saúde, o que denota a relevância da ação sobre os processos da determinação social da saúde, como uma ação estratégica para o enfrentamento dos problemas de saúde. Portanto, em territórios rurais/sertanejos, a ESF precisa dialogar com questões amplas relacionadas à saúde, pois cabe a esse serviço, por exemplo, o acompanhamento nutricional, a vigilância da qualidade da água, dentre outros (PESSOA, 2015).

Figura 5: Oficina de pesquisa com a comunidade do assentamento 1º de setembro - teia de apresentação

Fonte: Fernando Ferreira Carneiro

Dentre os aspectos que **promovem a vida** nos territórios rurais/camponeses, estão: terra para trabalhar; associações e delegacia sindical; cisternas de placas e de enxurrada; energia e poço profundo; ESF com visitas domiciliares ampliadas pelos médicos e enfermeiros; telefones por meio de antenas; futebol; transporte escolar que favorece o acesso à escola; religiosidade; alimentação de qualidade (produção sem agrotóxicos); meio de transporte acessível (moto) (Acervo da pesquisa).

A promoção da vida e da saúde está relacionada principalmente à presença de organização comunitária e de políticas públicas de enfrentamento à situação de vulnerabilidade. Vale ressaltar, por exemplo, que essas oficinas foram realizadas no segundo semestre de 2014, após um período prolongado de seca, e que as comunidades sertanejas não apontaram a seca como um problema, mas queriam melhor qualidade da água, evidenciando, portanto, um novo momento na convivência com o semiárido. Para Pessoa (2015), os problemas mais prioritários estão agora na falta de uma atuação do Estado pela garantia de espaços públicos de lazer, segurança, escolas, transportes, estradas, dentre outros.

As políticas e os programas sociais apontados como promotores da vida, como, por exemplo, o Programa Bolsa Família, o Programa Um Milhão de Cisternas, a aposentadoria rural, a Estratégia Saúde da Família e o Programa Mais Médicos têm contribuído para minimizar danos à saúde, apesar de ainda serem insuficientes do ponto de vista das demandas territoriais, de acordo com Pessoa (2015).

Aquino et al. (2014) descrevem que existem muitas controvérsias sobre quais são os reais atributos da Atenção Primária em Saúde (APS), as melhores formas de organização, bem como as formas de avaliar seus modelos de implementação e resultados. Na visão das autoras, a ampliação do escopo da ESF/APS com vistas à incorporação de novas ações ainda se revela limitada, fortemente dependente do contexto local. Os arranjos institucionais e organizacionais dos municípios e os seus modos de operacionalização condicionam a implementação da ESF nos sistemas locais de saúde. Reforçam, portanto, que o amplo leque de atuação da ESF "[...] exige novos saberes, tecnologias e novas práticas e valores [...]" (AQUINO et al., 2014, p.369).

Vale destacar que a partir das oficinas, as comunidades apontaram a necessidade da realização de um Fórum Intersetorial para compartilhar os resultados da pesquisa realizada por meio da Teia de Saberes e Práticas com as autoridades representantes do poder público municipal e do controle social. Apontaram também a necessidade de desenvolvimento de um plano municipal que possibilite a efetivação da política com foco nas populações rurais/camponesas.

Figura 6: Cisterna de enxurrada

Fonte: Fernando Ferreira Carneiro

A reunião do I Fórum Intersetorial de Tauá, com foco na saúde no campo, foi um desdobramento prático das oficinas e buscou exigir do poder público ações concretas e articuladas para toda a população rural/camponesa do município.

A intersetorialidade tem se configurado como um desafio à implantação da política de saúde e se constitui em uma necessidade essencial, principalmente

para garantir acesso à saúde rural. A distância a ser percorrida sem a existência de transportes e a dificuldade de comunicação, que coloca as populações rurais/camponesas em situações de isolamento, por vezes, pode ser provocadora de diversos empecilhos no acesso à saúde.

Figura 7: Comunidade Barra do Vento reunida após oficina de pesquisa

Fonte: Fernando Ferreira Carneiro

No primeiro momento do Fórum, foi apresentado o que as duas comunidades construíram em termos das ameaças e do que promovia a vida e se havia complementação a ser realizada de acordo com a especificidade das comunidades presentes. Essa atividade contou com representantes de todas as comunidades rurais de Tauá, as quais reafirmaram o que havia sido identificado. Considerando essa 'validação' por parte das comunidades rurais e imaginando que assim a população rural estaria mais amplamente representada, foi pactuada a realização de um segundo momento. Cabe destacar alguns depoimentos realizados em plenária que reforçam a importância da intersetorialidade na saúde. A questão da comunicação foi um dos destaques. A maioria das comunidades não tem acesso a telefone, seja fixo ou celular. Isso faz com que muitas vezes os indivíduos acabem perdendo consultas agendadas há meses, ou mesmo no caso de emergências, fica impossível chamar a ambulância, sendo necessário contratar transportes muito caros. Outro exemplo é a saúde bucal. Como o tratamento para os casos mais graves exige acompanhamento prolongado e material mais caro e complexo, a população reclama

muito da falta de continuidade dos tratamentos. Ao mesmo tempo, as pessoas apresentam propostas de instalação de antenas de telecomunicação nas comunidades rurais como uma ação que irá beneficiar a saúde pública.

Figura 8: Fórum intersetorial de Tauá para discussão dos resultados da pesquisa

Fonte: Fernando Ferreira Carneiro

Um dos limites da pesquisa foi a continuação do cronograma que previa encontro entre as comunidades, as pesquisadoras e o poder público com o objetivo de debater, de priorizar e de propor um plano de ação para o tratamento dos resultados das Oficinas, como o enfrentamento dos problemas relacionados aos fatores que ameaçam a vida e o fortalecimento dos processos promotores da vida.

Perceber esse processo de transformação e caminhar na implantação de políticas de saúde que abordem a complexidade dos processos promotores de alterações na dinâmica comunitária, com severos impactos à saúde humana e ao ambiente, é essencial no SUS. Nesse sentido, fortalecer as práticas de saúde centradas na identificação das necessidades de saúde dos trabalhadores rurais consiste em uma premissa para a Atenção Primária à Saúde (APS). Avançar no diálogo dos serviços de saúde com movimentos sociais e trabalhadores pode aproximar a compreensão das necessidades de saúde dos trabalhadores rurais, bem como planejar ações contextualizadas capazes de reconhecer o território, as pessoas e suas necessidades.

A saúde da população é a expressão singular destes processos em curso no território, pois a forma como tem se estruturado o trabalho, promovendo alterações em todo o núcleo da família, ocasiona impactos que vão para além dos danos específicos e mensuráveis. Assim, é essencial para o setor da saúde discutir na perspectiva da interrelação – promoção, prevenção, proteção, atenção e gestão – e não focalizar apenas em agravos. Além da ampliação do modo de

agir, centrado nas necessidades de saúde, tendo-se como referência o território local e os seus processos de mudanças, é fundamental para o setor da saúde a constituição de uma abordagem intersetorial e integrada.

Figura 9: Transporte da comunidade (carro de horário)

Fonte: Fernando Ferreira Carneiro

Aprendizados

O ensino (formação) e a pesquisa (produção de saberes/conhecimentos) acontecem num processo de fusão em que um nutre o outro, e ambos se tornam renovados a partir da consciência política e crítica em relação ao papel individual e coletivo do educador e do educando, do pesquisador aprendiz e do pesquisador orientador (PESSOA, 2015). Nessa relação, há limites teóricos, metodológicos e práticos que encorajaram os pesquisadores populares e acadêmicos a buscarem e descobrirem novas formas de atuação compartilhada em diálogo permanente com a sociedade.

Essa experiência de pesquisa acompanhou o processo de transformação no território e propôs intervenções centradas na realidade que podem contribuir para avançar na implantação do SUS que saia da retórica discursiva em termos garantir o direito à saúde às populações do campo.

A motivação e a colaboração estiveram presentes por parte das comunidades,

que foram animadas pelas pesquisadoras. O poema a seguir foi escrito pelas pesquisadoras e dá o tom do envolvimento dos sujeitos que se somaram nesse processo de tecer uma teia de saberes e práticas em Tauá.

Neste pedaço de chão
Que parece nada dar
Desconhecido por tantos
A história desse lugar
Há valores escondidos
Que merecem ser despidos
E com todos compartilhar

Na serra de São Domingos
Há um novo a vislumbrar
Casando saberes e práticas
Com
Esperamos dessa união
Muitos frutos saborear

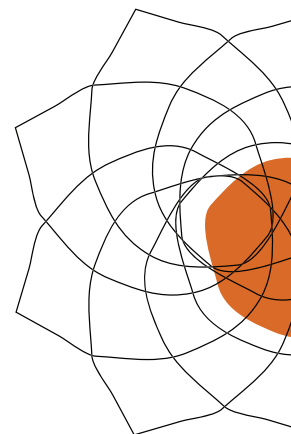
Os pesquisadores da terra
Com seu saber popular
Ajudará a academia
O povoado melhorar
Nova saúde, nova vida
É o que irão desenhar

1º de Setembro e Barra do Vento
Juntas vão participar
Da pesquisa da saúde
Trazida para Tauá
Unidas a Fiocruz muita coisa vai mudar

(Luisa e Ana Cássia – Pesquisadoras popular e acadêmica do Obteia/Tauá/CE)

Figura 10: Oficina de pesquisa

Fonte: Fernando Ferreira Carneiro

CAPÍTULO 11

Histórico e aspectos que promovem e ameaçam a saúde humana e o meio ambiente no Assentamento Pontal do Buriti, Rio Verde (GO)

Antonio da Silva Matos
Juarez Martins Rodrigues
Luiza Ferreira Rezende de Medeiros
Elizete Borges dos Santos
Samantha Rezende Mendes
Fátima Cristina Cunha Maia Silva

O presente trabalho tem por objetivo apresentar os resultados da pesquisa desenvolvida pelo Observatório de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, realizada no Assentamento Pontal do Buriti, localizado na região sudoeste de Goiás, no município de Rio Verde. Neste estudo, foi possível levantar informações sobre os aspectos que promovem ou que ameaçam a vida nessa comunidade, possibilitando com os dados coletados criar indicadores para contribuir com a avaliação e a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA).

Considera-se populações do campo, da floresta e das águas:

> [...] os povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros (BRASIL, 2013, p. 8).

A implantação da política é fruto tanto das lutas sociais por saúde no campo quanto pela articulação política desses movimentos com o Departamento de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (Dagep), que, em 2011, pactuaram a implantação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Essa política tem como escopo facilitar e melhorar o acesso às ações e aos serviços básicos de saúde no meio rural brasileiro, reconhecendo a dívida histórica que o país tem na área da saúde com as populações camponesas, quilombolas, da floresta e das águas.

Uma das grandes evidências de adoecimento no campo relaciona-se com as novas técnicas de produção e manipulação agroindustrial implantada em Rio Verde, Goiás, também verificada em outras regiões do país nas últimas décadas. Nesse contexto, a utilização de agrotóxicos constitui um dos principais causadores de adoecimento no campo (LONDRES, 2011).

No final de 1950 e anos 1960, a ocupação dos cerrados foi fortemente impulsionada pelos pacotes tecnológicos da Revolução Verde, o que atraiu para essa região agricultores de diversas partes do país, com destaque para aqueles oriundos de São Paulo e do Sul. Também nesse período, observa-se um favorecimento do empresariado regional mediante o desenvolvimento de novas tecnologias e pesquisas para a correção dos solos, antes pouco férteis para a produção de grãos (PEREIRA; ALMEIDA FILHO, 2003).

A construção e a ocupação territorial se deu pelo viés do Estado por meio de políticas públicas aliadas às corporações internacionais como, por exemplo, o Prodecer. A expansão da agropecuária nas áreas do cerrado foi incentivada via Programa de Desenvolvimento dos Cerrados (Polocentro), o principal programa governamental de ação regional do II Plano Nacional de Desenvolvimento, Programa de Assentamento Dirigido do Alto Paranaíba (Padap), o Programa de Crédito Integrado do Cerrado (PCI), e o Programa de Cooperação Nipo-brasileiro para o Desenvolvimento do Cerrado (Prodecer).

No Estado de Goiás e no âmbito regional, contribuíram também instrumentos da política agrícola, tais como a redução do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS), o Fundo de Participação e Fomento à Industrialização do Estado de Goiás (Fomentar), o programa estadual Produzir e o Fundo Constitucional de Financiamento do Centro-Oeste (FCO), estes últimos ainda em plena operação, segundo Barreto e Ribeiro (2008).

Para Sano et al. (2008), no que tange à degradação ambiental, a modernização da agricultura trouxe para a região uma significativa extinção da vegetação e dos recursos naturais, causadas pelas atividades da agropecuária, sendo essa responsável pela conversão de aproximadamente 63% do estado de Goiás. É, portanto, uma das áreas do Cerrado com maior déficit de remanescentes.

A conversão acelerada do bioma levou Myers et al. (2000) e a ONG Conservação Internacional (2005) a considerarem o bioma como um dos hotspots mundiais, uma área de alto endemismo de biodiversidade e elevado estágio de degradação.

O município de Rio Verde integra a região Sudoeste, que presenciou um vertiginoso crescimento econômico nas últimas décadas. Aspectos como suas caraterísticas topográficas, recursos hídricos, infraestrutura rodoviária e, posteriormente, por meio dos incentivos fiscais de implantação das agroindústrias, possibilitaram a região entrar no ranking nacional das maiores produtoras de grãos do país. Atualmente, encontra-se em plena expansão as lavouras de cana-de-açúcar e a produção de açúcar e álcool pelas indústrias sucroalcooleiras, e o Município de Rio Verde se transformou no maior produtor de grãos de Goiás, conforme Barreto; Ribeiro (2008) e Rio Verde (2014). No entanto, é uma região que apresenta severo processo de redução da cobertura vegetal original, dos recursos hídricos e da biodiversidade.

As medidas para a ocupação dos cerrados vieram, principalmente, por meio de políticas agrícolas, tais como a de crédito rural subsidiado do Sistema Nacional de Crédito Rural para promover a modernização da agricultura brasileira. Tais medidas contribuíram tanto para incremento da produção agrícola quanto para a instalação de agroindústrias no município. Nesse cenário, de avanço tecnológico, o sudoeste goiano foi transformado na sua estrutura social, econômico e ambiental.

Nesse sentido, Silva (1981) e Barreto e Ribeiro (2008) asseveram que o desenvolvimento da região ocorreu segundo uma modernização conservadora, visto que conservou e favoreceu a concentração da terra em grandes propriedades. Nota-se que o fortalecimento do latifúndio se deu por meio de interesses do poder público, aspecto que corroborou para a desigualdade social, uma vez que muitos agricultores familiares foram excluídos dos pacotes tecnológicos e do acesso ao crédito. Foi por esse caminho que o desenvolvimento do capitalismo, pela concentração da propriedade da terra, se realizou.

As políticas e os mecanismos e pacotes tecnológicos impregnados pela Revolução Verde da modernização da agricultura modificaram as relações de

trabalho no campo e contribuíram para a dependência tecnológica das famílias produtoras. Se por um lado inviabiliza a produção, em decorrência da elevação dos custos de produção, causando, entre outros aspectos, os endividamentos, por outro lado provocam os problemas de degradação pela perda dos solos, da água, da vegetação e da biodiversidade quanto a deterioração da saúde humana, pelo elevado contato com agrotóxicos (BARRETO; RIBEIRO, 2008).

Os impactos do uso de agrotóxicos sobre a saúde humana é um problema que tem merecido atenção da comunidade científica em todo o mundo, sobretudo nos países em desenvolvimento, em que se observa o maior número de mortes decorrentes da exposição humana a esses contaminantes (BARRETO; RIBEIRO, 2008).

No Estado de Goiás, há um único Centro de Informações Toxicológicas (CIT-GO) localizado na capital Goiânia, que, além de prestar informações ao público, relacionadas aos diversos tipos de intoxicação, recebe as notificações de casos de intoxicação, até mesmo, por agrotóxicos de uso agrícola, provenientes de hospitais públicos do estado e os repassa ao Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox).

De acordo com os dados divulgados pelo Sinitox, o Centro-Oeste ocupa o 4º lugar na classificação nacional em relação aos registros de intoxicações por agrotóxicos "de uso agrícola", segundo dados registrados no ano de 2004. Nos anos de 2001, 2002 e 2003, o número de registros da região Centro-Oeste correspondeu a 7,15%; 7,43% e 7,18% do total de notificações de intoxicação humana registrados nesse período (BOCHNER, 2007). O estado de Goiás, no mesmo período, foi responsável por 4,57%; 4,75% e 4,49% dos registros. Com base nos dados obtidos das fichas de notificações registradas no Centro de Informações Toxicológicas de Goiás, apurou-se, nos anos de 2001, 2002, 2003 e 2004, o quantitativo de 245, 259, 257 e 299 notificações de eventos relacionados com agrotóxicos "de uso agrícola", o que evidencia um crescimento de casos no período.

Desde então, esses números só têm aumentado, conforme registros de intoxicações por agrotóxicos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). No período de 2007 a 2014, o Estado de Goiás ocupou o triste ranking do maior número em registros de notificações por contaminação por agrotóxicos na Região Centro-Oeste e um dos maiores do país em número de intoxicações confirmadas e registradas no Sistema de Notificação do Ministério da Saúde, ficando na sexta posição em registro em todo o Brasil (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição de casos notificados e confirmados de intoxicações por agrotóxicos por unidade da federação no período de 2007 a 2014.

UF Notificação	Ign / Branco	Agrotóxico agrícola	Agrotóxico doméstico	Agrotóxico saúde pública	Raticida	Prod. veterinário	Total	%
Nº Total	**19248**	**17925**	**5376**	**856**	**22512**	**3760**	**69677**	100%
1 Sao Paulo	3893	1914	841	153	5680	662	13143	19%
2 Parana	1800	3504	1034	80	3003	584	10005	14%
3 Minas Gerais	2382	2169	587	141	3938	652	9869	14%
4 Pernambuco	1358	1706	500	33	1630	164	5391	8%
5 Alagoas	3090	676	174	36	527	156	4659	7%
6 Goias	**1023**	**926**	**272**	**46**	**1021**	**248**	**3536**	**5%**
7 Santa Catarina	969	1238	346	14	793	149	3509	5%
8 Bahia	880	822	183	52	1019	129	3085	4%
9 Ceara	396	1204	214	29	765	177	2785	4%
10 Espirito Santo	387	1172	189	49	418	93	2308	3%
11 Rio de Janeiro	664	222	65	36	647	46	1680	2%
12 Tocantins	179	366	166	51	441	134	1337	2%
13 Mato Grosso do S	260	266	147	21	306	162	1162	2%
14 Rio Grande do Su	324	497	77	4	112	59	1073	2%
15 Mato Grosso	189	412	100	26	213	82	1022	1%
16 Distrito Federal	185	136	103	11	492	23	950	1%
17 Paraiba	264	69	59	15	258	40	705	1%
18 Piaui	165	127	58	13	214	46	623	1%
19 Rondonia	115	236	40	17	111	39	558	1%
20 Para	80	90	55	3	254	14	496	1%
21 Sergipe	43	35	88	3	265	51	485	1%
22 Amazonas	289	28	29	3	67	9	425	1%
23 Maranhao	87	75	14	10	186	21	393	1%
24 Rio Grande do No	199	21	21	5	71	10	327	0%
25 Roraima	17	13	12	5	57	10	114	0%
26 Amapa	7	1	1	0	24	0	33	0%
27 Acre	3	0	1	0	0	0	4	0%

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>. Acesso em: 22 out. 2015

A Intoxicação por agrotóxicos vem constituindo um grave problema de saúde pública no mundo e, principalmente, no Brasil, líder mundial na utilização de agrotóxicos desde 2008 (LONDRES, 2011, p.19). Nesse contexto, alguns municípios se destacam, entre eles o de Rio Verde. No rol dos trintas e seis municípios que mais registraram casos de intoxicações por essas substâncias em todo o Brasil, Rio Verde apresenta 4% dos casos de intoxicações por essas substâncias, ocupando o sexto lugar em número de registros no país, conforme notação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) entre 2007 a 2014 (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição de casos notificados, confirmados de intoxicações por agrotóxicos, em nível municipal, entre 2007 a 2014

Nº	Munic. Notificação	Ign/Branco	Agrotóxico agrícola	Agrotóxico doméstico	Agrotóxico saúde	Raticida	Prod. veterinário	Total	%
	Total	1032	943	281	46	1094	248	3644	100%
1	Goiânia	109	106	64	15	267	49	610	17%
2	Anápolis	106	76	44	4	254	28	512	14%
3	Jataí	35	188	51	9	89	69	441	12%
4	Valparaíso de Goiás	337	2	5	0	9	1	354	10%
5	Formosa	30	54	7	5	91	11	198	5%
6	**Rio Verde**	**17**	**105**	**3**	**0**	**11**	**5**	**141**	**4%**
7	Brasília	13	16	7	0	74	1	111	3%
8	Goiatuba	40	26	6	0	18	5	95	3%
9	Luziânia	32	7	7	1	37	2	86	2%
10	Minaçu	15	11	5	0	20	4	55	2%
11	Ceres	9	17	3	0	20	5	54	1%
12	Mineiros	14	13	11	1	8	6	53	1%
13	Cristalina	20	17	2	1	7	1	48	1%
14	Acreúna	9	27	1	0	8	1	46	1%
15	Barro Alto	26	9	5	0	1	4	45	1%
16	Montividiu	5	29	1	0	3	0	38	1%
17	Piracanjuba	6	17	4	0	7	3	37	1%
18	Aporé	11	17	2	0	3	0	33	1%
19	Rubiataba	8	3	1	1	12	2	27	1%
20	Itumbiara	10	1	1	0	9	3	24	1%
21	Águas Lindas de Goiás	3	1	1	0	16	3	24	1%
22	São Miguel do Araguaia	22	1	1	0	0	0	24	1%
23	Morrinhos	2	17	0	0	3	0	22	1%
24	Planaltina	10	2	1	0	7	0	20	1%
25	Bela Vista de Goiás	5	2	2	0	10	1	20	1%
26	Jaraguá	1	3	1	0	11	2	18	0%
27	Catalão	7	0	0	0	7	3	17	0%
28	Caldas Novas	5	4	1	0	4	3	17	0%
29	Posse	3	4	1	0	5	1	14	0%
30	522160 Uruaçu	0	12	0	0	1	1	14	0%
31	521010 Ipameri	3	2	2	0	7	0	14	0%
32	520400 Cabeceiras	1	10	0	0	3	0	14	0%
33	520880 Goianira	4	1	2	0	4	2	13	0%
34	521170 Jandaia	1	10	1	0	0	0	12	0%
35	521850 Quirinópolis	7	1	1	0	3	0	12	0%
36	521930 Santa Helena de Goiás	7	0	1	0	2	1	11	0%

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (SVS) – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>. Acesso em: 22 out. 2015

Em Rio Verde, de acordo com Barreto e Ribeiro (2006), dentre os casos de intoxicação, chamam atenção: alto número de notificações de casos na zona urbana (31 casos) em relação aos ocorridos na zona rural (10 casos). Ainda conforme os autores, foi observada a predominância de casos originados por acidente de trabalho (15 casos), e por tentativa de suicídio, (13 casos). O maior número de notificações na zona urbana possivelmente se deve ao fato dos hospitais públicos aí se encontrarem.

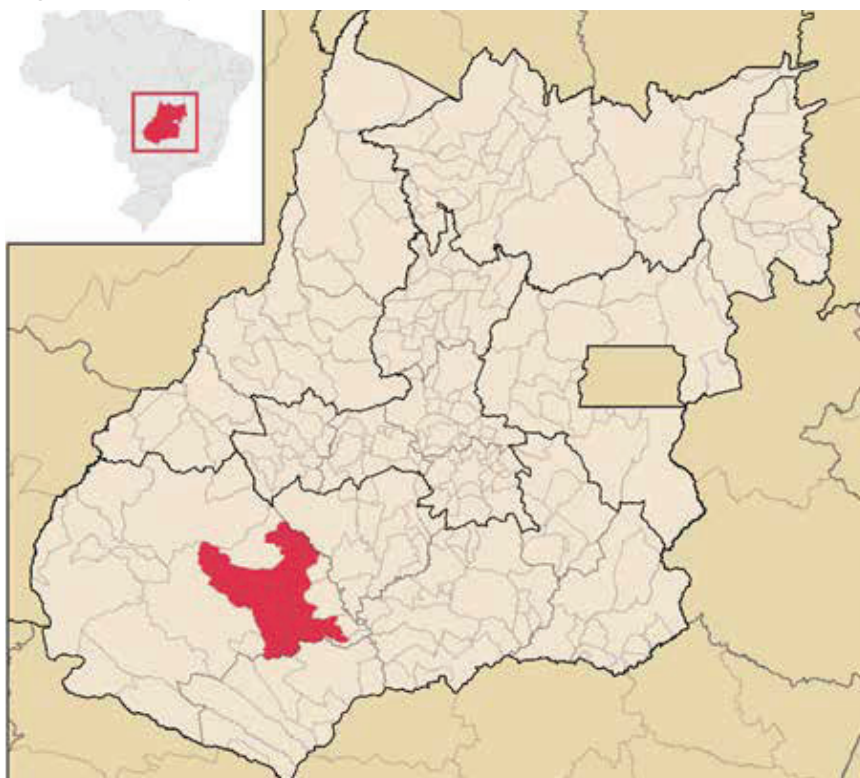
Para esses autores, dentre os 41 casos notificados em Rio Verde, entre 2004 e 2005, dezessete foram causados pelo Furadan, um inseticida e um nematicida medianamente tóxico. Esse agrotóxico é utilizado em culturas que não predominam

no município, tais como: algodão, amendoim, arroz irrigado, banana, batata, café, cana-de-açúcar, cenoura, fumo, repolho, tomate e trigo. Tal informação, aliada ao fato de que treze dos dezessete casos ocorreram na zona urbana, permite inferir que o Furadan foi utilizado em cultivos domésticos, e não em lavouras comerciais.

Ainda segundo os mesmos autores, o agrotóxico que mais causou intoxicações foi o Roundup, responsável por cinco casos. Ele é um herbicida pouco tóxico utilizado em diversos cultivos. Provavelmente, é bastante usado em Rio Verde por causa da presença dos cultivos de soja e de milho no município e também pela necessária utilização de herbicidas no Sistema de Plantio Direto. No entanto, outros produtos inseticidas, acaricidas, são encontrados nas intoxicações e nos suicídio das pessoas.

O Território

O Município de Rio Verde localiza-se na região Centro-Oeste do país, na mesorregião sul goiano (Ver Figura 1). Limita-se com os municípios Montividiu, Paraúna, Santo Antônio da Barra, Santa Helena de Goiás, Maurilândia, Castelândia, Quirinópolis, Cachoeira Alta e Jataí. O clima é tropical, chovendo mais no verão que no inverno.

Figura 1: Mapa de Localização de Rio Verde (GO)

Fonte: Dados Demográficos. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Rio_Verde#mediaviewer/File:Goias_Municip_RioVerde.svg>

De acordo com números do último Censo (IBGE, 2010), Rio Verde possui uma população de 176.424 habitantes, enquanto que a população estimada para 2014 foi de 202.221. A área dessa unidade territorial é 8.379,659 km², traduzindo-se numa densidade populacional de 21,05 hab/km². Com base no Censo (2010), Rio Verde apresenta densidade demográfica maior que a média de Goiás que é 17,65 (hab/km²).

Nesse contexto e de acordo com dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população de Rio Verde (GO) vem se tornando mais idosa, conforme os três últimos censos.

Rio Verde possui nove assentamentos de reforma agrária com aproximadamente quatrocentas famílias assentadas. O Pontal do Buriti, assentamento em que foi realizada a pesquisa, foi criado em meados da década de 1990 e está situado margeando a Rodovia GO-174, no município de Rio Verde (GO), distante 130 km da área urbana. À época de sua criação, foram assentadas 102 famílias oriundas dos municípios vizinhos e da região, e, atualmente, conta com 105 famílias.

Os lotes foram planejados segundo dois grandes eixos – corredores vicinais – 400 e 700, com muita diversidade das atividades produtivas sendo algumas mais relacionadas à criação de pequenos animais domésticos, quintais com pomares, produção de mandioca e hortaliças, criação de gado leiteiro e lavouras de milho e soja.

Face às diferentes e diversas implicações jurídica-administrativas, políticas, sociais, econômicas, dentre outras, e não configurando uma especificidade desse território, ocorre o arrendamento dos lotes para terceiros, externos e internamente ao território. Tal aspecto requer uma análise bastante aprofundada da Política agrária vigente e do Plano Nacional de Reforma Agrária (PNRA), tendo em vista a complexidade das relações sociopolíticas e produtivas presentes no território.

O fato é que mediante tais circunstâncias e distorções da função social da reforma agrária, aliada às práticas agrícolas, baseadas no uso intensivo de pesticidas e produção de monoculturas, o território foi alvo de um dos maiores e mais graves casos de intoxicação aguda, seguido por doença crônica causada por agrotóxicos registrados no país.

Por um lado há por parte dos órgãos de Estado responsáveis pelo PNRA uma nítida omissão, conivência e convivência com os problemas advindos dos conflitos agrários frutos da ineficácia dos programas oficiais da regularização fundiária, do acesso ao crédito, arrendamento dos lotes, uso do solo dentre outros fatores. Na outra extremidade, não menos omissos aos problemas da saúde,

estão os órgãos de estado responsáveis pelo atendimento e acompanhamento médico das vítimas.

No assentamento Pontal dos Buritis, ocorreu um grave acidente ambiental. Aproximadamente cem pessoas foram contaminadas diretamente, muitas delas jovens e crianças que se encontravam no pátio, na quadra de esportes e no parque infantil da Escola Municipal Rural de Ensino Fundamental São José do Pontal.

Embora constitua um acidente de graves proporções, as vítimas contam com pouca assistência. A comunidade do Pontal dos Buritis não tem uma unidade de saúde, e o atendimento básico aos familiares em boa parte é feito na cidade de Rio Verde, e mediante agendamento prévio. As consultas são normalmente realizadas ao final da tarde, o que tem dificultado o acesso dos moradores do assentamento, pois esbarram em outros problemas, dentre eles o tempo disponível para os atendimentos médicos, já que inviabiliza o retorno ao assentamento no mesmo dia. Durante as oficinas preparatórias da pesquisa e na presença de várias representações de estado, foram reincidentes os depoimentos sobre o ruim atendimento médico às vítimas por parte dos órgãos de saúde local.

Alguns relatos da comunidade remetem ao período que os habitantes estiveram acampados. Assim, podemos perceber que não existiu, nessa fase, um movimento social forte e unificado que articulasse o coletivo em prol das lutas pela terra e pelas conquistas de políticas públicas voltadas para a consolidação do assentamento e também responsável na organização permanente das famílias assentadas. Essa fragilidade política e a falta de mobilização coletiva têm contribuído com a baixa ação da assistência e o monitoramento da saúde das famílias, sobretudo dos atingidos pelo veneno na escola São Jose do Pontal.

Associação do Pontal dos Buritis é filiada da Federação dos Agricultores de Goiás (Fetaeg) e da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag). Percebe-se pouca conectividade entre a Associação e o Sindicato dos Trabalhadores Rurais (STR) de Rio Verde. Sua atuação tem dado ênfase aos aspectos relacionados à produção, à capacitação e à comercialização dos produtos e em mediar apoio logístico para os assentados como, por exemplo, a manutenção de estradas, de máquinas e serviços de infraesturura.

Metodologia

Foram realizadas duas oficinas no Assentamento Pontal do Buriti, as quais contou com a presença de diversas entidades públicas das três esferas governamentais. Na esfera federal, cabe destaque para participação do Departamento de Gestão

Estratégica e Participava (Dagep), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) pelo Ministério da Saúde, a Universidade de Brasília e o Instituto Federal Goiano (Campus Rio Verde). Em âmbito estadual, contou-se com a participação da Secretaria Estadual de Saúde. Já pela esfera municipal, participaram a Secretaria Municipal de Saúde e a Escola Municipal São José do Pontal.

A pesquisa, no território do Pontal dos Buritis, foi estruturada mediante estratégias de diálogos e convergências de saberes, da motivação e do interesse dos participantes com os temas saúde, meio ambiente e qualidade de vida da comunidade.

Para tanto, foram feitas reuniões e oficinas participativas, estas últimas realizadas na própria comunidade e tiveram por finalidade conhecer tanto os sujeitos envolvidos ou que estariam participando diretamente da pesquisa, quanto explicar a proposta da pesquisa, destacando os objetivos, os órgãos e as equipes responsáveis pela elaboração e execução do projeto. O início dos trabalhos se deu com a realização de uma primeira reunião preparatória para apresentação do projeto e conhecimento da metodologia a ser adotada.

Em seguida, foram realizadas, na comunidade do assentamento, duas oficinas, ambas contaram com significativa representação dos órgãos de saúde pública das três esferas de governo: federal, estadual e municipal, além de professores, alunos da escola São José do Pontal e também dos moradores.

A pesquisa foi de natureza qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, e os dados foram coletados por meio de entrevistas, sendo também realizadas observações livres com perguntas orientadoras a seguir.

Definição da pesquisa de campo, a qual contou com visitas familiares conforme relato abaixo:

- Foi pactuado entre o Obteia e os pesquisadores popular e acadêmico a importância de se visitar um percentual de cerca 20% da população para levantar informações sobre o que se promove saúde, vida na comunidade e o que ameaça a vida, ou seja, o que causa doenças nessa comunidade.
- Para a continuidade dos trabalhos, foram visitadas, no território, 20 famílias de um total de 105 residentes nos Assentamentos Pontal do Buriti e Ponte de Pedra, Município de Rio Verde e Baraúna (GO).
- Foi solicitado a Elizete, pesquisadora popular, visitar no mínimo três famílias do Assentamento Ponte de Pedra, o qual conta com cerca de 30 famílias residentes.
- O Assentamento Pontal dos Buritis é dividido em dois grandes eixos

(núcleos): 700 (cerca de 70 famílias) e o eixo 400 (35 famílias).

- A amostra, portanto, ficou da seguinte forma: foram visitadas, no mínimo, vinte famílias. Sendo, doze do eixo setecentos e cinco do eixo quatrocentos, e mais três do Assentamento Ponte de Pedra.
- Terezinha, a presidente da Associação do Assentamento, apoiou a pesquisadora popular Elizete B. dos Santos na realização da pesquisa.
- No território do Assentamento Pontal do Buriti, também é importante ressaltar, há uma reserva legal com aproximadamente trezentos alqueires em excelente estado de preservação, rica em biodiversidade e em recursos hídricos.

Delineamento sobre o que promove ou ameaça a vida no Assentamento Pontal do Buriti, Rio Verde (GO):

O que promove a vida?

- A terra.
- A produção de alimentos local (hortaliças, frutas, leite, entre outros).
- A vida no campo (ar sem poluição, não há violência e problemas com drogas).
- Acesso à escola de qualidade.
- Presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) da própria comunidade.
- A vida em área rural é muito saudável, principalmente para as crianças, que desfrutam do grande espaço, de maior segurança e da distância em relação às drogas de abuso.
- A vida na roça, no Assentamento, tem compensações importantes: saudável, boa escola e a ajuda de duas agentes de saúde.
- Festividades locais (almoço, escola, igrejas, entre outros), sendo que a escola é a grande agregadora da comunidade.

O que ameaça a vida?

- Ausência do Posto de Saúde local.
- Ausência de Transporte.
- Dificuldade de locomoção e hospedagem na cidade para ter acesso aos serviços de saúde.
- Inflexibilidade dos horários de marcação de consulta.

- Falta frequente de energia elétrica, impossibilitando a nebulização, por exemplo.
- Ausência de políticas públicas.
- Falta de água potável.
- Falta de logística para o recolhimento das embalagens vazias de agrotóxicos, assim como do lixo.
- Pulverização aérea de agrotóxicos.
- Exposição solar.
- A falta de atendimento de saúde acessível e a água potável.
- A moradora do assentamento, Nezi, solicita a Atenção Básica do município de Rio Verde providências no sentido de localizar os exames realizados pelo filho. Segundo ela, até o momento, a criança não foi chamada para realização do atendimento – "há mais de um ano, o médico de seu filho fez a solicitação de um exame de ressonância que ela própria entregou ao encarregado da marcação, mas que desde então a criança não foi chamada".
- A pulverização de agrotóxico por meio aéreo.
- A dificuldade de acesso a crédito rural.
- A pesquisadora popular foi uma moradora do assentamento – Elizete terá apoio da Terezinha, presidente da Associação do assentamento.

Resultados e Discussões

Face às questões indutoras da segunda oficina, aos diálogos entre os sujeitos presentes nas oficinas e aos participantes das entrevistas de campo, faremos a seguir algumas considerações, provocações e discussões, que achamos merecer maior aprofundamento das perguntas suscitadas, sejam aquelas que apareceram nas rodas de conversas, sejam as que vieram das entrevistas, por meio do diálogo entre a pesquisadora popular e a comunidade.

Assim, foi refletido durante a oficina – o que promove a vida? A terra como sentido de propriedade aparece prioritariamente, também como promotora e espaço vital, permitindo outras situações positivas como a qualidade de vida, a produção de alimentos saudáveis, a não violência, menos problemas com drogas, menor poluição. Enfim, a terra e o viver no campo são os principais indutores da vida, conforme atesta uma das participantes da oficina: "A vida em área rural é muito saudável, principalmente para as crianças, que desfrutam do grande espaço, de maior segurança e da distância em relação às drogas de abuso".

A escola também aparece como indutora da vida, como espaço de convivência

e fortalecimento dos laços comunitários e coletivos, por meio das festividades, das reuniões e dos encontros de pais e estudantes. A presença e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde também aparecem como promotores da vida. O que é reiterado pelas falas:

"A vida na roça, no Assentamento, tem compensações importantes – saudável, boa escola e a ajuda de duas agentes de saúde". "A escola é agregadora da comunidade, nela acontece às festividades, os locais do almoço coletivo, assim como as igrejas, entre outros".

Pelo exposto acima, constatamos o quanto é rico e significativo para esse coletivo morar no campo, e a terra é o espaço de produção saudável, de segurança e de qualidade de vida. O que nos convida a refletir o quanto ainda está presente no imaginário dos assentados a perspectiva e os desejos de permanecerem em seus lotes, pois o campo constitui para eles um lugar promotor de uma vida mais saudável, segura e melhor para criar seus filhos. Percebe-se, portanto, que mesmo com todos os percalços e dificuldades presentes naquela realidade, ainda é o viver no campo e a garantia da posse da terra (do lote) que trazem a promoção da vida.

Segundo Wanderley (1996), todo agricultor familiar traz em si um camponês, é a partir dessa afirmação vinda de longos anos de estudos e pesquisas no campo em relação à agricultura familiar, e frente às constatações tiradas por meio do depoimentos dos assentados do Pontal dos Buritis, que podemos também formular outras respostas a uma série de questionamentos, argumentados, muitas vezes, de forma superficial, sobre a compreensão da realidade dos assentamentos. Nesse sentido, faz-se necessário provocar análises e questionamentos sobre as ausências do Estado e das políticas públicas (crédito rural, assistência técnica, formação, insumos, etc.), que chegam para essa população e que são seus instrumentos, as fragilidades, os mecanismos de acesso, a destinação e os sujeitos concretamente beneficiados. Ainda em uma perspectiva de promoção de vida, a prosperidade foi simbolizada pela escola rural de qualidade, que é também espaço de fortalecimento dos laços familiares e vida social do povo.

Nos últimos anos, têm sido fechadas algumas escolas rurais do Município estudado, seu entorno e diversas regiões do país contrariando as expectativas e frustrando as possibilidades de os jovens permanecerem no campo. Não menos importante, a saúde aparece como promotora da vida em que os agentes protagonizam as intervenções de apoio à saúde com os assentados. Se os assentados sinalizam e dão esse grau de importância à saúde, aparecem, além de suas ações, outros saberes promotores de vida, como o conhecimento da biodiversidade do

cerrado, o uso das plantas e das ervas medicinais presentes na cultura popular.

Assim, resta-nos indagar até que ponto ou o porquê de o SUS não incorporar essa diretriz legal e prevista no seu escopo de atuação, em que há espaços. Mas mais que isso, a necessidade de sistematizar e de valorizar esses conhecimentos e saberes. Se estamos falando de Saúde Integral, a PNSIPCFA deverá ser coerente com seus princípios. Portanto, se por um lado essa outra concepção ou forma de assegurar a vida e a saúde, via o saber popular, não apareceu na proposta de pesquisa e de análise da política ora discutida no território, tampouco foi suficientemente dada a devida atenção e importância quando apareceram nos relatos da comunidade durante as oficinas preparatórias da pesquisa.

Dessa forma, Santos (2010) salienta que cabe ainda também perguntar ou ter a necessidade de um maior aprofundamento da pesquisa-ação no campo da saúde integral a fim de analisar e ver como estamos percebendo a política segundo uma de suas premissas que é a valorização dos diferentes saberes, que propõe o diálogo numa relação horizontal, em que não há conhecimento superior ou inferior, mas concepções diferentes da realidade que devem comunicar-se, tornando-se interdependentes. Durante a oficina, passamos para outra questão norteadora: "O que ameaça a vida?".

A resposta foram os problemas suscitados paradoxalmente a primeira questão, em que a terra é promotora de saúde e de vida, mas as ameaças estão em boa parte relacionadas ao que acontece nesse universo. O problema dos agrotóxicos e a pulverização aérea, a destinação das embalagens, a ausência e a falta de acesso às políticas públicas, crédito, Assistência Técnica e Extensão Rural (Ater), a questão da escassez da água, o saneamento básico, dentre outros.

Portanto, são muitos os desafios da política, dentre eles o lidar com esses dois extremos: o da promoção e o da ameaça da vida. O que requer um olhar para além das estruturas e das ações do SUS, que é pensar em como trazer para o campo não somente diálogos, mas também compromissos de se conceber de forma transversal outras políticas públicas (política agrária, agrícola, educação e meio ambiente) e a Política da Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, presente nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

A seguir, elencaremos alguns relatos da comunidade sobre outros tipos de ameaças à vida, tais como: a ausência do posto de saúde local; problemas com o transporte; dificuldade de locomoção e hospedagem na cidade para ter acesso aos serviços de saúde; falta de flexibilidade dos horários de marcação de consulta; falta frequente de energia elétrica, impossibilitando a nebulização.

Em seguida, passaremos a algumas análises e reflexões de algumas que mais estiveram presentes nas respostas dadas nas entrevistas e nos diálogos entre a comunidade e os pesquisadores popular e acadêmico.

Então, nos remeteremos a algumas questões que apareceram nas duas oficinas acima mencionadas e brevemente discutidas. Segundo o método, exposto anteriormente, e adotado para as análises dos resultados das entrevistas com base no questionário semi-estruturado, contendo quatro questões: o que tem produzido doença; produzido saúde; atendimento do SUS; o que pode ser feito para melhorar. Esses temas emergiram como sínteses dos diálogos, processo, cinco categorias, a saber: a) veneno, pois em volta daqui tudo é lavoura; b) alimentação saudável sem agrotóxico; c) posto médico; d) dificuldade de acesso ao SUS; e) humilhação nos atendimentos.

Primeiro, cabe ressaltar o quanto foi importante, nesse período e processo da realização da pesquisa, a presença e a participação da equipe do Ministério da Saúde, a mobilização e a articulação dos órgãos de saúde do Estado de Goiás e do governo municipal.

Nesse sentido, é também premente a publicização e o estabelecimento de um cronograma e agenda com objetivo de dar efetividade à matriz de responsabilidades construída durante as etapas iniciais da pesquisa para que não repita o distanciamento da comunidade e, sobretudo, que não caiam no esquecimento os acordos construídos coletivamente entre os técnicos, a serem firmados como compromissos dos gestores das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), responsáveis pela PNSIPCFA.

Somente com o compromisso institucional dos respectivos órgãos, nas instâncias de governo, haverá avanço no sentido de realizarmos uma práxis coerente com os princípios teóricos, e com as concepções metodológicas e participativas, seja no âmbito do Obteia, seja no compromisso da política com os movimentos sociais que reivindicam participação e representação dos sujeitos do campo, da floresta e das águas.

Mediante diferentes etapas realizadas durante a pesquisa, percebe-se que as situações pendentes na recente história do assentamento, consequentes do acontecido em 3 de maio de 2013, aparecem transversais nos diálogos e nas abordagens feitas, tanto durante as oficinas, quanto nas cinco questões suscitadas pelas entrevistas, que são a promoção ou a ameaça à saúde, ao desempenho do SUS e o que pode ser feito para melhorar.

De todo modo, a categorização em quatro questões-chave, originárias da pesquisa: alimentação saudável sem agrotóxico; posto médico; dificuldade de

acesso ao SUS e a humilhação nos atendimentos.

Iniciando pela última categoria encontrada, as falas da comunidade pesquisada remetem ao histórico das famílias atingidas pela pulverização e nada é mais humilhante que o estigma dado às inúmeras famílias (quase cem pessoas) pelos órgãos de atendimento da saúde pública local, que impuseram um codinome aos moradores de "os envenenados". Reverter este quadro de discriminação, senão pelo esquecimento e pela intenção de deixá-los na invisibilididade, é tão complexo e difícil quanto o Estado ter a capacidade de (res)significar a sua ação (Paulo Freire) e cumprir seu papel social frente às suas obrigações, como garantia de um justo atendimento às famílias vítimas desse acidente criminoso.

As demais categorias certamente serão encontradas nos territórios pesquisados, e no universo da saúde pública prestada aos agricultores familiares e camponeses. No entanto, existem outras imbricações ou desdobramentos que para além dessas categorias, comprometem a PNSIPCFA, como as ausências de outros serviços essenciais, como o saneamento básico, o abastecimento de água, o lazer, a cultura, o transporte, a comunicação, dentre outros.

Seguem abaixo fotografias que registram a oficina com a comunidade e seu cotidiano.

Figura 2: Registros fotográficos: reunião do Obteia

Fonte: Acervo da pesquisa

Figura 3: Que imagem melhor representa o lugar onde você vive?

Fonte: Acervo da pesquisa

Figura 4: Que foto melhor representa seu trabalho?

Fonte: Acervo da pesquisa

Figura 5: Que imagem representa a luta por saúde?

Fonte: Acervo da pesquisa

Figura 6: O que ameaça a saúde da comunidade?

Fonte: Acervo da pesquisa

Considerações finais

A PNSIPCFA, como promotora da qualidade de vida por meio da assistência, do monitoramento, da promoção, da educação e do acesso à saúde, nas áreas de assentamento rural e da agricultura familiar, deve fortalecer outras políticas públicas que assegurem a reforma agrária, e, nesse sentido, não se limitando à distribuição de lotes e à oferta, muitas vezes precária, de serviços essenciais como educação, saúde, créditos, saneamento básico e Ater. Deve orientar-se pela implementação de tecnologias apropriadas e de baixo impactos socioambientais e também valorizar os conhecimentos e as experiências dos agricultores e dos camponeses. Segundo Petersen (2007), essa perspectiva deve resultar da promoção da agroecologia como paradigma científico-tecnológico para esses segmentos.

Nesse contexto, faz-se premente a estreita sintonia entre PNSIPCFA e a Política Nacional de Produção Agroecológica e Orgânica, a Pnapo e o Plano Nacional de Produção Agroecológica e Orgânica (Planapo), por entendermos a necessidade de sinergias no campo da saúde e da promoção saudável de alimentos para as populações urbanas e rurais. Não há como falarmos de saúde no campo, na floresta e nas águas sem assegurarmos os instrumentos essências de natureza política, tecnológica, social e econômica para que promovam a vida saudável nesses diferentes territórios e de ambientes bastante diversos.

Para tanto, acreditamos ser imprescindível que nos espaços de discussão e de deliberações das duas políticas acima mencionadas, haja uma estreita sintonia tanto no planejamento quanto na execução. E, de fato, essas sinergias têm que ocorrer no âmbito dos colegiados governamentais e nos espaços de participação da sociedade civil, na discussão das ações estratégicas dessas políticas, a exemplo da Comissão Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (Cnapo), instância hoje sob a coordenação do gabinete da Presidência da República, responsável pela construção das diretrizes do Planapo.

Os problemas oriundos do uso acrítico de agrotóxicos pelos sistemas produtivos via as monoculturas em larga escala, muito em voga na Região Sudoeste e no Município de Rio Verde, conforme os registros oficiais, que não computam os casos de subnotificações, são crescentes em relação aos casos de intoxicações. Nesse sentido, a saúde pública deverá se instrumentalizar com especial atenção à intoxicações dos trabalhadores e à situação de vulnerabilidade das exposições aos agrotóxicos tanto no meio urbano quanto no rural. Tal aspecto corrobora

os apontamentos de Ruegg et al. (1987), para quem a intoxicação constitui sério problema de saúde pública entre os trabalhadores que manuseiam e aplicam agrotóxicos, em países em desenvolvimento.

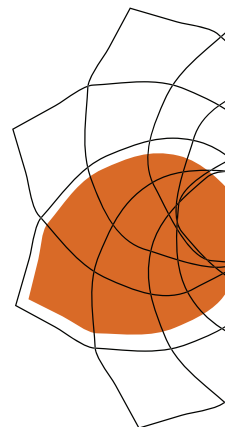
Na região estudada, é notável as alterações nas relações de trabalho, os impactos negativos socioambientais frutos da ocupação desordenada na região em função das tecnologias usadas pela agricultura moderna, os inúmeros problemas causados à saúde humana e ao meio ambiente, conforme relatos da literatura e resultados da presente pesquisa.

Diante do exposto, cabe analisar, sob a ótica da PNISPCFA, o aprofundamento da sua efetividade. E, nesse sentido, contribuir com algumas reflexões sobre quais medidas os órgãos responsáveis pela sua operacionalização, nas três esferas de governo, estão cumprindo as metas e desenvolvendo estratégias para implementação da vigilância em saúde de populações expostas aos agrotóxicos.

A Portaria nº 2.938, de 20 de dezembro de 2012, autoriza o repasse aos Fundos Estaduais de Saúde e do Distrito Federal de recurso financeiro para o fortalecimento da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos. Com base em suas especificidades locais, cada município, região e estado devem estruturar suas propostas contendo as estratégias de vigilância a serem pactuadas nas programações anuais de saúde, incluindo metas e indicadores para acompanhamento e avaliação.

Por último, ainda fazendo menção à primeira pergunta dos nossos diálogos de campo que tratavam da promoção da saúde e da vida nos territórios, estão postos os desafios para os órgãos competentes e sociedade civil, a fim de que provoquem e assegurem as devidas convergências e sinergias entre as instâncias de planejamento, de decisão do Estado e de implementação da PNISPCFA.

E o nosso olhar aponta para que haja um maior comprometimento dos órgãos estatais, seja para uma melhor apropriação e conhecimento de sua atribuição e papel desempenhado dentro da política, seja para a capacitação dos gestores e agentes comunitários de saúde. Outro caminho também é o da mobilização dos Movimentos Sociais e das comunidades locais, no sentido de garantirem uma maior presença e efetividade das políticas, dos programas e das ações do estado nos territórios.

CAPÍTULO 12

Grão Mogol, Norte de Minas Gerais: a saúde dos povos do campo ameaçada pelo "desenvolvimento"

Mauro Toledo Silva Rodrigues
Barbara Lyrio Ursine
Carmem Dolores Ferreira Gouvêia
Vinícius Oliveira de Moura Pereira

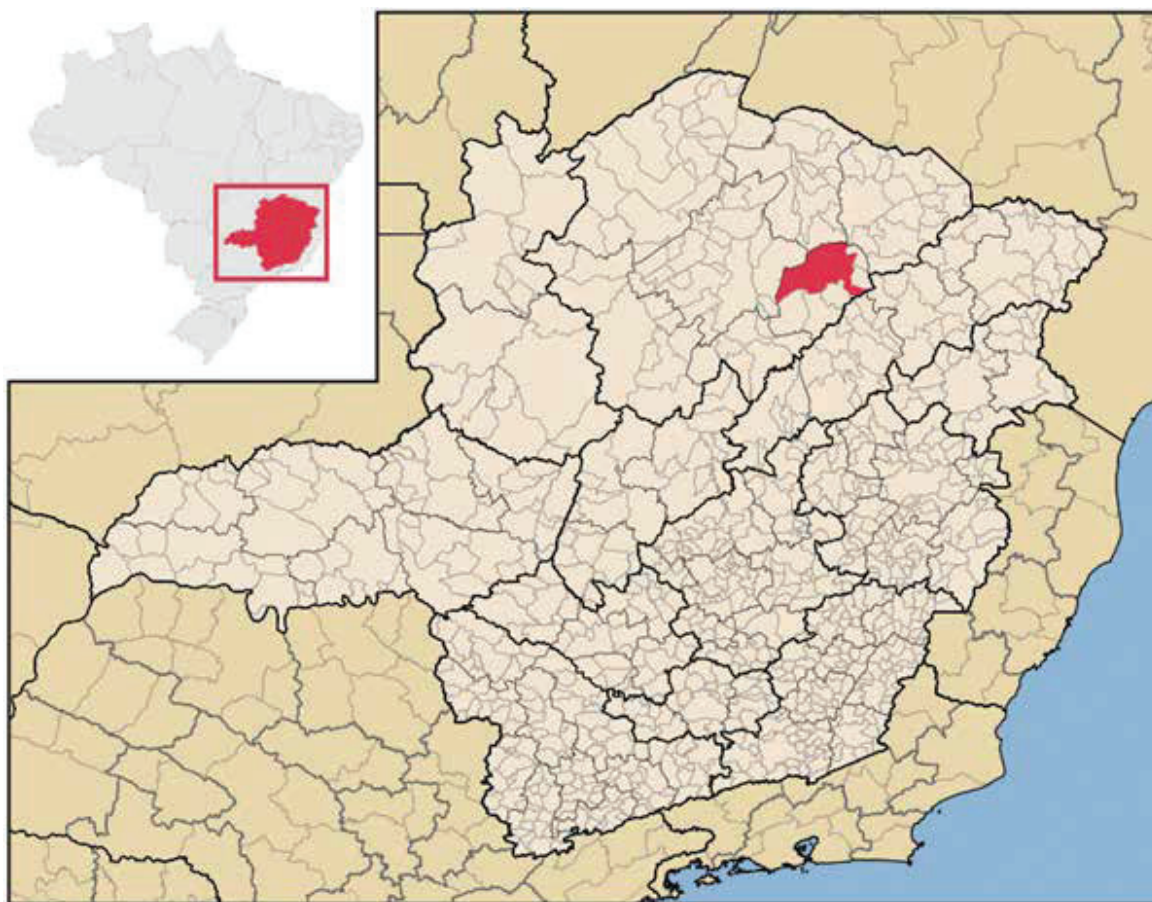
Contexto e Histórico

Grão Mogol

O Município de Grão Mogol localiza-se na região sudeste do país, na mesorregião do norte de Minas Gerais (Ver Figura 1) e limita-se com os de Padre Carvalho, Riacho dos Machados, Francisco Sá, Itacambira, Botumirim, Cristália, Josenópolis, Juramento, Fruta de Leite e Rio Pardo de Minas. Está em uma área de cerrado, com prevalência do cerradão ou chapadas, apresenta com o clima tropical de altitude, com intensa secura no inverno e verões úmidos.

Teve sua origem relacionada à descoberta de diamantes no final do século XVIII. No ano de 1839, o lugarejo era chamado de Arraial da Serra de Grão Mogol e logo passou a atrair pessoas do país e estrangeiros (portugueses, franceses, alemães, além de outros europeus), que, provavelmente, atuavam na exploração de diamantes. Só no ano de 1858, Grão Mogol recebeu a categoria de cidade. Durante décadas, Grão Mogol destacou-se como a mais importante cidade da região Norte Mineira. O processo de decadência da exploração das minas de diamantes, ocorrida especialmente após a década de 1960, coincidiu com a emancipação de parte do território de Grão Mogol e com a criação dos novos municípios de Itacambira, Cristália e Botumirim[1].

[1] Fonte: Disponível em: <http://www.graomogol.mg.gov.br/index.php/historico>. Acesso em: 20 set. 2015.

Figura 1: Mapa de localização de Grão Mogol (MG)

Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Gr%C3%A3o_Mogol#/media/File:MinasGerais_Municip_GraoMogol.svg>. Acesso em 13 outubro de 2016

Ainda nesse período, a falta de oportunidade de emprego fez com que os moradores locais iniciassem um processo de migração em direção às cidades próximas e a grandes centros urbanos como, por exemplo, São Paulo. Com isso, a cidade estagnou no seu crescimento e a sua população residente decresceu (IBGE, 2015).

Comunidade de Vale das Cancelas

A cerca de 100 km da sede do município, encontra-se a comunidade de Vale das Cancelas, às margens da BR 251, que se constituindo em vários povoados que tiveram início a mais de um século.

Os estudos de Costa (2007) mostram que a região de Grão Mogol, antigo Arraial da Serra do Itacambiraçu, no ano 1787, passou a ser totalmente dominada pela coroa portuguesa, a qual expulsou os homens livres que ali viviam do garimpo a fim de explorar a região com base no trabalho de negros

escravizados. Em meados do século XIX, a região começa a estruturar, em conjunto com a atividade mineradora, a atividade agrícola, que se localiza em uma área de extensas chapadas e banhada por vários córregos, sendo um deles o Lamarão, em que se estabeleceu a fazenda de São Francisco. De acordo com Fonseca (2014):

> A organização produtiva da fazenda São Francisco se estruturou articulando a pecuária, atividades agrícolas e extrativismo através dos diversos núcleos familiares constituídos dentro da fazenda - como agregados - e no seu entorno. Uma das formas de ocupação do sertão norte-mineiro ocorreu "através da alocação dos camponeses às margens dos pequenos cursos d'água e próximos às chapadas existentes em toda a região". No caso da formação dos núcleos comunitários em evidência neste estudo, o desenvolvimento das relações sociais de compadrio e parentesco entre os núcleos familiares que se estabelecem na região, a partir de sua ocupação inicial, vai constituir as comunidades de Lamarão - às margens do córrego que lhe dá nome - e a comunidade de São Francisco (FERREIRA; COSTA, 1991 apud FONSECA, 2014, p. 62).

Com essa trajetória, podemos identificar o início da comunidade de Vale das Cancelas e visualizar a ancestralidade das populações que ali reproduzem suas vidas de forma secular e específica, apresentando um sistema produtivo ligado à pecuária e ao extrativismo, possuindo um forte vínculo social com a natureza.

Expansão do desenvolvimento no Norte de Minas Gerais e invisibilização dos povos tradicionais

> Como negar que essa ideia tem sido de grande utilidade para mobilizar os povos da periferia e levá-los a aceitar enormes sacrifícios, para legitimar a destruição de formas de cultura arcaicas, para explicar e fazer compreender a necessidade de destruir o meio físico, para justificar formas de dependências que reforçam o caráter predatório do sistema produtivo? (FURTADO, 1974, p. 75).

Teóricos sociais como Furtado (1974) já traziam a ideia do

“desenvolvimento econômico” como um discurso falso, criado para justificar a expansão predatória do modelo capitalista industrial sobre todo o território brasileiro, desenvolvimento econômico que priorizaria empreendimentos de grande porte (e grandes custos ambientais) sobre populações locais, seguindo uma lógica padrão que se reproduziria na região de Vale das Cancelas.

O Norte de Minas Gerais, região considerada “atrasada” e pouco povoada, inicia seu processo de desenvolvimento industrial no começo da década de 1970, com a criação da Superintendência de desenvolvimento do Nordeste (Sudene), que inclui a região ao polígono da seca aos estados do nordeste. Nesse sentido, a política de modernização brasileira imposta em período de ditadura militar conta com ações baseadas em crédito e financiamento por meio da Sudene, que fomenta a implantação do reflorestamento da vegetação nativa do cerrado substituindo-a por eucalipto – nesse e em diversos outros municípios do Norte de Minas.

> Sobretudo, entre os anos de 1970 e 1980, período em que se concentraram os incentivos aos plantios homogêneos de eucalipto na região, compondo uma das muitas faces do desenvolvimentismo autoritário que marcou o governo militar no Brasil. A perspectiva, então, era promover a integração econômica do Norte de Minas Gerais, razão porque o Estado promoveu uma nova onda de ocupação da região, ignorando (ou mesmo negando) ocupações anteriores, em favor da expansão capitalista. Desse modo é que vastas extensões de terras dos Gerais foram consideradas “inteiramente desocupadas e inaproveitadas” pela Ruralminas para em seguida serem enquadradas como devolutas e, portanto, disponíveis para o arrendamento a empresas plantadoras de eucalipto (NOGUEIRA, 2009, p. 163).

Assim, Vale das Cancelas, como grande parte da zona rural brasileira, tem um histórico de expropriação territorial em prol do progresso econômico que é legitimado pelo Estado brasileiro por meio de cessões de terras devolutas para empresas reflorestadoras que fariam parte de desenvolvimento da região.

Pesquisa e diálogo nas comunidades

Caminhos percorridos

Os resultados aqui contidos foram produzidos a partir de oficinas realizadas nas comunidades de Lamarão, São Francisco, Buriti, Morro Grande, Batalha, Tingui e no ESF de Vale das Cancelas.

Figura 2: Oficina na Comunidade de Morro Grande

Fonte: Mauro Rodrigues, 2015

Os métodos utilizados na pesquisa foram, cadernos de campo, entrevistas, grupos focais, rodas de conversa e oficinas participativas (Figura 2).

Os participantes da pesquisa foram em sua maioria os moradores das comunidades. Contudo, gestores e agentes de saúde locais foram entrevistados e estiveram presentes em oficinas.

Grupo Focal

Foi realizado um grupo focal com os agentes de saúde que atendem aos moradores das comunidades de Vale das Cancelas, no ESF do distrito. Na ocasião, foi possível investigar os impactos socioambientais na saúde dos moradores pela perspectiva dos agentes.

O grupo focal foi realizado no próprio posto de saúde e contou com a

presença de nove agentes de saúde que responderam e debateram as questões trazidas pelos pesquisadores popular e acadêmico.

O que ameaça e o que promove a vida?

A começar pelos resultados obtidos no grupo focal realizado com os agentes de saúde que atuam nas comunidades nas quais a pesquisa abrangeu.

- Quais as necessidades de saúde da população de Vale das Cancelas?
  A discussão dessa pergunta girou em torno das necessidades de médicos especialistas, pois, segundo as agentes de saúde, muitas pessoas são encaminhadas a especialistas, mas não têm como ter acesso a uma consulta em decorrência da inexistência deles no Vale das Cancelas. Às vezes, encontra-se médicos especialistas em Grão Mogol, na sede do município, que fica a 60 km de distância e pode correr o risco de não haver médicos na localidade também. Do mesmo modo dos médicos, as agentes queixam sobre a falta de máquinas para realização de exames especializados, pois, muitas vezes, o médico fica impossibilitado e sem o que fazer, porque não tem como realizar exames em pacientes enfermos.

- Descreva os desafios para o acesso à saúde pela população do campo, considerando os determinantes socioambientais.
  Houve um estranhamento em relação à pergunta, por parte das agentes, pois elas não identificavam nenhum problema socioambiental que estivesse atingindo a população do Vale das Cancelas. Mesmo perguntando sobre a grande extensão de eucaliptos que cercam a população do campo, afirmaram não haver problemas que afetam a saúde da população. Em relação à mineração, a observação que foi feita diz respeito à sondagem de terras. Nesse exame, as agentes relatam que houve um aumento expressivo na quantidade de pessoas para serem atendidas no posto de saúde, havendo muita dificuldade por parte das agentes em atender o público. Assim, não há nenhuma outra consideração sobre a mineração.

- Avalie as condições que levam a população a não ter acesso à saúde.
  A discussão desse tópico foi em relação à falta de estrutura que possui a região, interferindo diretamente no acesso à saúde pela população,

como no caso de falta de transporte destinado à saúde, pois a maioria das pessoas vive na zona rural e tem dificuldade de se locomoverem até os centros de apoio. Outro aspecto que faz com que a população adoeça com frequência é a falta de saneamento básico, que, segundo as agentes, é responsável por causar inúmeras doenças, principalmente em pessoas idosas e crianças. Uma outra dificuldade identificada está relacionada à continuidade aos tratamentos em decorrência da distância da sede do posto de saúde. Assim, a população do campo tem abandonado muitos tratamentos.

Nesse tópico, foi questionado se as agentes saberiam diagnosticar ou identificar algum tipo de sintoma em pessoas que foram intoxicadas por agrotóxicos, elas afirmaram não ter conhecimento nem capacitação para avaliar tal situação e se queixaram da falta de acesso a mais informações e capacitações que deveriam ter.

- Quais ações podem contribuir para a organização do SUS no município? Nesse tópico, foram elencados vários pontos que seguem abaixo.

» Contratação de médicos especialistas, principalmente nas áreas de ortopedia e geriatria.
» Contratação de psicólogos para atuar nos ESF's e também nas escolas.
» Contratação de assistentes sociais para dar apoio ao trabalho das agentes e dos médicos.
» Criação de um "centro de apoio a família". Esse contemplaria as famílias com um suporte completo, envolvendo médicos, psicólogos, agentes de saúde, etc.
» Aquisição de equipamentos básicos como um aparelho de raio-x.
» Criação de um Samu na região.
» Criação de um Cras no Vale das Cancelas.

Nessa parte, trazemos os resultados obtidos com base nas oficinas realizadas nas comunidades. Com a junção dos dados, foi possível elaborar um panorama entre as comunidades sobre as condições de saúde da população do campo em Vale das Cancelas.

Quadro 1: Transcrição dos fatores que promovem/ameaçam a vida a partir dos cartazes produzidos nas oficinas.

Comunidade de São Francisco e Lamarão	
O que promove a vida?	**O que ameaça a vida?**
• Valores socioculturais e tradicionais. • União e confiança entre as pessoas da comunidade, despertando sentimento de segurança. • Terra. • Produção agroecológica de alimentos saudáveis e de frutos nativos do cerrado. • Associação de produtor. • Água limpa e de qualidade tanto para beber quanto para molhar as hortas. • Escola. • Religião. • Esporte (futebol). • Agente de saúde, destacando-se a pesagem das crianças e o acompanhamento dos idosos. • Medicina alternativa com remédios que existem no cerrado.	• Reflorestadoras de Eucalipto. • Mineração (prostituição, tráfico de drogas e marginalidade). • Tanto a ocupação do território pelas reflorestadoras de eucalipto quanto pela mineradora impedem a produção de alimentos, criação de animais e diminui o fluxo das águas. • Agrotóxicos e produtos químicos. • Violação e perturbação do modo tradicional de vida provocado pelas empresas. • Esgoto e Poluição, contaminando as águas e os rios. • Lixo. A ausência de coleta favorece a proliferação de zoonoses. • Ausência de saneamento básico rural. • Ausência de água tratada. • Burocracia para acesso aos programas de crédito rural e habitação rural. • Monoculturas. • Ausência de assistência técnica para produção de alimentos. • Disputas pelo território com ameaça de perda, provocando insônia, aumento da pressão arterial e doenças mentais. • Conflitos ambientes. • Estradas perigosas, ausência de transporte público e ocorrência de acidentes de trânsito. • Alimentação inadequada. • Automedicação. • Ausência de médico e dentista. • Ausência de Unidade de Saúde próxima e com fácil acesso. • Ausência de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. • Ausência de reconhecimento da saúde como um direito. • Tanto a questão de ausência de profissionais quanto de unidade de saúde próxima e com fácil acesso prejudicam a assistência à saúde.

Comunidade de Batalha	
O que promove a vida?	O que ameaça a vida?
• A água. • A terra. • A união das pessoas e amizade. • Força de vontade para lutar. • Vida e saúde. • O amor pela terra. • Em busca de sossego. • Paz. • A fé do povo. • A religião. • Os movimentos sociais que nos une (MAB e geraizeiros).	• As empresas de eucalipto e as mineradoras que contaminam nossas águas e terras com agrotóxico e venenos causando muito mal à saúde das pessoas. • Ameaças dentro do território, as empresas não deixam os geraizeiros trabalharem para sobreviver, causando transtornos e divergência entre a comunidade e as empresas. • Não tem médico da família que faz visita na comunidade. • Consulta com especialista é muito difícil. • Exame especializado tem que pagar. • Falta de água boa de qualidade. • Falta do território nas mãos dos geraizeiros. • Falta de alimentos saudáveis. • Falta de empregos melhores e melhores condições de trabalho. • Falta de assistência técnica. • Falta de educação de qualidade.
Comunidade de Buriti	
O que promove a vida?	O que ameaça a vida?
• A união das pessoas. • A água. • Energia elétrica. • A terra para trabalhar. • Saúde: medicina natural. • Criação de animais domésticos. • Educação familiar tradicional. • Agricultura familiar. • Religião. • O uso de plantas nativas como a caluga, barbatimão, mercúrio, quina, tiuzinho ,unhadanta e malineira combater muitas doenças.	• Os desmatamento do mato nativo para planta eucalipto. • A monocultura de eucalipto. • Os agrotóxicos. • Falta de educação no campo. • Transportes de má qualidade. • Falta de abastecimento de água em algumas casas. • Falta profissionais qualificados nos postos de saúde. • Falta ambulância. • As reflorestadoras contaminam os rios com agrotóxicos matando as plantações pequenas e os peixes. • Falta de acesso as políticas públicas do governo. • A demora na demarcação das terras das famílias tradicionais. • As estradas em má-conservação. • Falta representação política na comunidade. • Falta sanitário. • Falta moradia adequada de qualidade. • Violência. • As árvores que são destruídas pelas reflorestadoras, muitas são alimentos, como pequizeiro, mangabeira, caju, rufão, etc. E as plantas medicinais. • A unidade de saúde em que somos atendidos está a 40 km.

Comunidade de Morro Grande	
O que promove a vida?	O que ameaça a vida?
•A água. •Uma boa amizade. •A união. •O diálogo. •Uma saúde adequada. •O bom convívio. •O respeito mútuo. •A terra: cada um com sua terra, no seu território.	•Mineradora. •Desmatamento. •Carvoaria. •Agrotóxicos. •Acompanhamento sobre saúde alimentar. •Falta de Água de qualidade •Transporte da saúde. •Falta de remédios •Atendimento odontológico. •A falta de orientação dos funcionários públicos da saúde. Falta de medicamentos. Falta de profissionais qualificados.

Comunidade do Tingui	
O que promove a vida?	O que ameaça a vida?
•Energia elétrica. •União da comunidade. •Associação comunitária e igrejas. •Educação. •Saúde. •Água. •Trabalho. •Alimentação saudável. •Sinal de celular e internet. •Meio de transporte. •Preservação do meio ambiente.	•Poluição nos rios. •Falta de agente comunitária de saúde. •Falta de água e de tratamento da água colocada pelo pipa. •Má conservação das estradas. •Falta de posto de saúde. •Falta de assistência das autoridades. •Falta de energia elétrica em algumas casas. •Falta de apoio aos agricultores. •Distância da comunidade à unidade de saúde mais próxima é de 25 km. •Falta de banheiros nas casas. •Doenças de chagas. •Falta de casas de alvenaria.

Fonte: Acervo da pesquisa

A comunidade de Morro Grande apresentou ainda "O que falta para ter boa saúde na comunidade"?

- Assistência médica, posto de saúde.
- Água tratada.
- Combate à poluição da água e do ar por agrotóxicos, e ao desmatamento.
- Segurança.
- Alimentação saudável sem veneno.
- Programas para trabalhos domésticos ser menos precários.
- Melhorar as condições de trabalho tanto para os lavradores (as) quanto para quem trabalha nas reflorestadoras.
- Acesso à água e à terra.

- Acesso à energia de qualidade.
- Políticas e programas mais específicos para idosos e crianças sem tanta demora
- Transporte para saúde na região: ambulância e carros da saúde.
- Falta de empregos e cursos de qualificação na comunidade (Figura 3).

Figura 3: Oficina na comunidade de Morro Grande: produção do cartaz sobre o que ameaça a vida na comunidade

Fonte: Mauro Rodrigues, 2015

Organizando o saber produzido

Panorama: a saúde ameaçada pela raiz

Com base nas oficinas, pode-se ter um panorama das dificuldades e das ameaças em que estão inseridos os povos do território do Vale das Cancelas. Quando abordamos o tema saúde, as primeiras considerações a serem feitas pelos moradores foram em relação à precariedades e à inadequação dos serviços de atenção básica à saúde, à falta de saneamento básico e à importância da água e da energia elétrica.

A precarização do atendimento às populações do campo é muito grande, e os moradores denunciam a falta de ambulância para o atendimento de emergências, além da falta de especialistas para atender a população, da ausência de aparelhos de exame, pois quando há algum encaminhamento

para exames, as pessoas, além de se deslocarem cerca de 20 km até o ESF, são forçadas a viajarem para outras cidades próximas, apenas para realizar um exame simples, como um raio-x.

Contudo, as ameaças que se apresentam como viscerais no território são as socioambientais, como, por exemplo, as monoculturas de eucalipto, pois expulsam famílias tradicionais e centenárias, conhecidas como geraizeros, de áreas comuns de atividades agrícolas, encurralando os povos às margens dos córregos e rios, que são obrigados a viver sem espaço para realizarem atividades como plantar e criar, caracterizando uma grande violação aos direitos humanos e à vida (Figura 4).

Figura 4: Monocultivo de eucalipto nas proximidades das comunidades

Fonte: Mauro Rodrigues, 2015

A monocultura de eucalipto versus os Gerais

Como já foi exposto neste texto, há registros acadêmicos sobre ancestralidade e tradicionalidade dos povos de Vale das Cancelas, a exemplo da permanência deles no território por mais de um século, que fez com que desenvolvessem maneiras próprias de reproduzirem suas vidas e uma íntima relação com o passado, seja no trabalho com a terra ou em suas relações sociais.

> Grande parte dos elementos acionados do passado comum o são para a construção da subjetividade presente geraizeira, que enfatiza a relação do grupo com o meio ambiente local, o Gerais – hoje tornado Cerrado. O sentimento de pertencimento a esse lugar se transmuta em declaração de identidade, com base nas experiências concretas, passadas e presentes, de que derivam e são selecionados significados, práticas e valores compartilhados pelo grupo. É com base nesse arcabouço que os Geraizeiros se definem, acionando as características que se atribuem como particular (NOGUEIRA, 2009, p. 68).

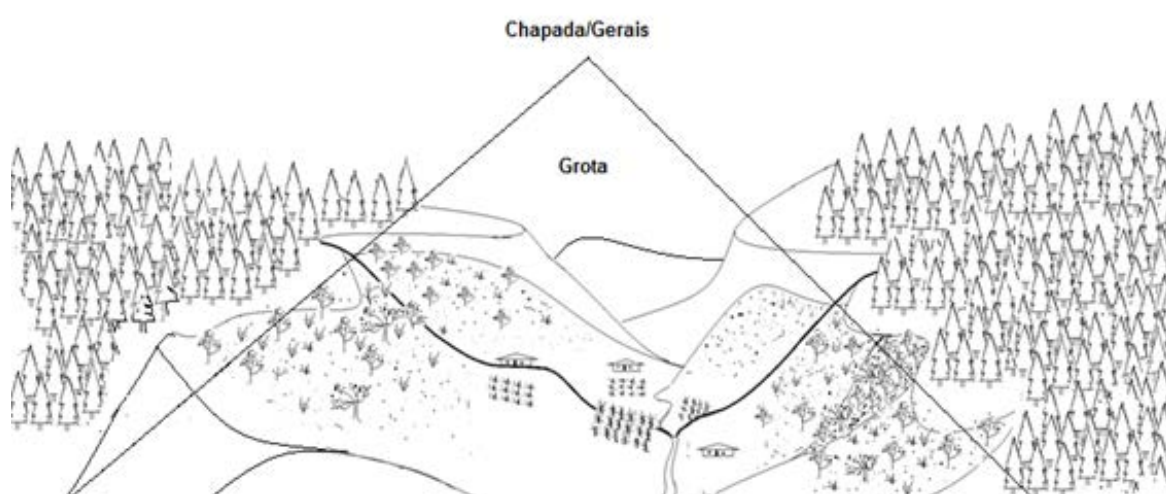
O Gerais, tipo específico de cerrado, é caracterizado por grandes extensões de terra ou chapadas, que possuem uma elevação característica, é a fonte da identidade desta população, assim como é fonte de vida, pois produz frutos para o extrativismo (pequi, mangaba, araça, articum, pinha, coquinho azedo, etc.), madeiras para usos diversos, além de ser utilizado como local para a "solta" do gado[2]. Ou seja, o Gerais faz parte de todo o ciclo de reprodução da vida dessas pessoas desde a geração de alimento até as práticas sociais.

Com a chegada dos empreendimentos de eucalipto na região, que se inicia na década de 1970, a criação da Sudene, as chapadas dos Gerais foram identificadas como locais ideais para o cultivo da planta, sendo que em questões da justiça fundiária, são consideradas terras devolutas, ou seja, sem destino e que pertencem ao Estado. Mas pelo modelo de desenvolvimento econômico adotado pelo Estado, as grandes empresas são beneficiadas em detrimento de minorias populacionais, como indígenas, quilombolas, pescadores artesanais, geraizeros, entre ouros. Houve um acordo entre o Estado e as empresas, o qual conseguiu arrendar essas terras devolutas. Feito esse acerto, a paisagem do Vale das Cancelas começou a ser drasticamente alterada, as matas do cerrado foram substituídas por extensas plantações de eucalipto, aniquilando a diversidade de fauna e da flora regional e alterando profundamente o manejo com a natureza e a biodiversidade ali presente.

As consequências desse empreendimento foram e estão sendo devastadoras

[2] Ao contrário da criação de gado em larga escala, que cria o animal em reclusão, o manejo tradicional se baseia na solta do animal em grandes porções de terras, conhecidas como chapadas.

para os povos do território de Vale das Cancelas. Como as chapadas têm a função de armazenamento de água sob sua superfície, os eucaliptos, que se desenvolvem com rapidez, drenam grande parte da água, secando várias nascentes e córregos que eram utilizados pelo geraizeros de forma resiliente. Atualmente, a população denuncia a precariedade do acesso à àgua e identifica os eucaliptos como grande ameaça a pouca água que ainda resta. A coleta dos frutos, as madeiras e a solta do gado já não podem mais ser feitas em várias comunidades, por causa da ocupação do cerrado pelos monocultivos, fazendo com que a população tradicional fique "encurralada" (termo usado pelos geraizeros para descrever como o eucalipto os afeta, ou seja, ficam "sem saída"), como mostram as figuras 4 e 5, optando por práticas nunca existentes na região, como a migração sazonal para o corte de cana e a colheita de café no sul de Minas Gerais e em São Paulo. Nesse sentido, a qualidade de vida dessas pessoas começou a ficar extremamente precária, a população começou a adoecer tanto fisicamente, com problemas de desnutrição e doenças trazidas de fora pela migração, quanto mentalmente, com grande índice de depressão e outras doenças.

Figura 5: Classificação genérica dos ambientes

Fonte: Fonseca (2014)

Outro grave problema relacionado ao eucalipto que vem sendo denunciado pelos moradores do território, até mesmo perante à justiça, é a pulverização de agrotóxicos e de veneno nos monocultivos para controle de pragas e doenças. Esse controle é extremamente danoso para a população que vive ao redor das plantações, pois contaminam as nascentes próximas, os lençóis freáticos e as pessoas, diretamente, causando sérias doenças e efeitos colaterais. Situação extremamente preocupante, pois nem mesmo os agentes do posto de saúde do

Vale das Cancelas, de acordo com entrevista cedida aos pesquisadores, sabem diagnosticar pessoas enfermas ou contaminadas por agrotóxico, o que agrava a situação, porque os problemas de saúde não são registrados corretamente.

Mineração à vista

A frente de "desenvolvimento" aparece mais uma vez como vilã, quando um novo empreendimento ameaça a vida e a saúde dos moradores do território. A mineração está com os dias contados para chegar às terras geraizeras, pois as fases de testes e de diagnósticos na área já foram feitas. Segundo os moradores, somente nessa fase de "exames" já houve a contaminação de alguns rios, pois produtos químicos foram usados pela mineradora, deixando um extenso rastro de peixes mortos perto do local em que a empresa realizou seus experimentos. Além de todas as consequências sociais e ambientais trazidas pela mineradora, há um risco eminente das famílias que lá residem há mais de cem anos serem despejadas de suas terras para que a mineradora possa operar nas que ela julga ter a maior concentração de minerais para a extração.

A resistência do povo geraizeiro

Em meio a tantas ameaças ao povo geraizero, alguns aspectos fazem com que essas pessoas resistam ao "progresso" que exclui a população em situação de vulnerabilidade do processo de desenvolvimento. Ao entrar no tópico sobre "o que promove a vida" em Vale das Cancelas, algumas características se destacaram como essenciais para que essas pessoas possam morar e reproduzir suas vidas ali, a exemplo do conhecimento tradicional utilizado pelos povos, assim como o modo de vida específica que eles utilizam diariamente para que a vida aconteça.

Um dos aspectos mais pautados nas oficinas sobre a promoção da vida foi justamente o modo de vida específico que os povos levam, pois de acordo com eles, não seria possível habitar nas terras se não fosse o conhecimento tradicional e a relação que as pessoas mantém umas com as outras.

Os moradores, que se reconhecem como geraizeros, identificam um grande trajeto de adaptação em harmonia com a natureza, que muito se distancia das práticas modernas de apropriação predatória e mercantil do progresso econômico. Nos relatos, as pessoas citaram como a vida delas é conectada à natureza que as circunda e como é essencial para eles terem acesso à biodiversidade que ali existe, como o aproveitamento do pequi, fruto local, para consumo e para

fabricação de óleos e conservas, ou mesmo o canto de um sabiá que anuncia a época "das águas" e compõem os mitos desse povo, ou seja, não há vida sem esses pequenos detalhes que a tornam possível. As pessoas relatam até mesmo que a terra que eles residem não possui valor que o dinheiro possa comprar, pois não se trata apenas da "terra" em que está construída a casa, mas sim de todos os aspectos da natureza que estão ali presentes dentro do território.

Outro ponto muito interessante sobre a promoção da vida em Vale das Cancelas é como a medicina natural, baseada no conhecimento tradicional sobre as plantas, é importante para a vida delas. Alguns afirmam, até mesmo, que se não houvesse a "medicina das plantas", muita gente teria falecido por falta de remédios ou de atendimento de médicos da ESF. Isso mostra como o vínculo que essas pessoas estabelecem com a natureza é importante para a própria preservação da vida. Se elas forem removidas dali, onde irão achar as plantas que as curam, seja um chá de uma raiz que alivia a dor ou uma calda feita de folhas para combater uma praga, ou mesmo o pequi ou o buriti para complementarem a renda e servir de alimento?

Por fim, um aspecto marcante citado pelos moradores do Vale das Cancelas é a força e a organização das pessoas que ocorre por meio dos movimentos sociais. Em específico que atuam no território são dois movimentos, o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB) e os geraizeros em movimento. Em relato feito nas oficinas, os moradores afirmam que mesmo com toda conexão que eles têm com o território, se não fossem os movimentos sociais para juntarem as pessoas a tomarem atitudes concretas frente aos empreendimentos do eucalipto e da mineração, não seria possível que eles estivessem com suas terras até hoje. Movimentos estes, que são mencionados pela população do campo como um grande instrumento de luta e resistência que está em consonância com os ideais e com o modo de vida dos povos Geraizeros.

O risco de um etnocídio constatado

Depois da imersão a campo e da análise dos dados produzidos, podemos avaliar a implementação da PNSIPCFA no território do Vale das Cancelas.

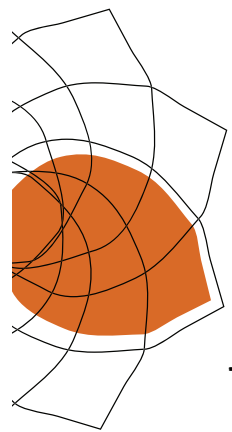
No que tange ao item da política relacionado à "redução de riscos e agravos à saúde", podemos considerar que os maiores riscos e ameaças à saúde da população não estão sendo levados em consideração, pois a população está sendo exposta a graves ameaças à saúde e à vida pelos monocultivos de eucalipto

e, recentemente, pelos experimentos realizados pelas empresas mineradoras, como foram expostos anteriormente no texto.

Outra constatação é a de que a política do SUS pretende abarcar as especificidades étnicas das populações. No entanto, tal reconhecimento de particularidades não ocorre no território. Podemos chegar a essa conclusão em decorrência do desconhecimento dos geraizeros, categoria étnica adotada pelas populações, frente ao SUS e aos próprios gestores locais. Esses últimos, por sua vez, não têm conhecimento sequer das PNSIPCFA, o que torna ainda mais grave a situação da população do campo, pois como foi demostrado acima, a população vive em um frágil equilíbrio com a natureza que a cerca, e essa estabilidade está sendo rompida violentamente pelos empreendimentos do monocultivo de eucalipto e da mineração, que contam com a legitimação dos gestores locais e do próprio Estado.

A falta de conhecimento sobre a específica realidade dos geraizeros faz com que as políticas do SUS sejam implementadas sem que leve em consideração o contexto particular desses povos, ou seja, as políticas para a saúde chegam "engessadas", sendo aplicadas de forma generalizada, de cima para baixo, encaixando os moradores dos gerais a padrões já estipulados e que estão fora de sua realidade. Como é o caso da quantidade de agentes de saúde que é determinado pelo Ministério da Saúde para o município, que não leva em conta a dimensão territorial, a densidade populacional e a forma específica de ocupação espacial realizada pelos geraizeros no município de Grão Mogol.

Ainda nessa problemática de generalizar povos que são específicos, o SUS local não dá conta de compreender as formas de tratamentos à saúde utilizadas pelos moradores, não havendo um diálogo entre a medicina formal e os saberes ancestrais, que são utilizados por meio de agentes naturais, como o caso de plantas para tratar enfermidades. Ao contrário disso, o conhecimento desses povos é compreendido como inferior e fora dos padrões, indo na contramão do que se propõe a PNSIPCFA.

O que podemos avaliar é que no território de Vale das Cancelas, o modelo de desenvolvimento econômico e de ciência formal sobrepõe conhecimentos tradicionais e populações ancestrais. Povos que possuem métodos próprios para reproduzirem suas vidas, seja na medicina das plantas ou seja modelo próprio de desenvolvimento, que não está associado ao consumo, à mercantilização e à apropriação predatória da natureza. Vemos, assim, uma grande necessidade dessas populações serem reconhecidas, respeitadas e legitimadas pelo Estado, caso contrário estará provocando um verdadeiro etnocídio no Norte de Minas Gerais.

CAPÍTULO 13

Política Nacional de Saúde Integral na Amazônia Marajoara

Assis Farias Machado
Bernardo Amaral Vaz
Edel Nazaré de Moraes Tenório
Rosana Kirsch

Na floresta a água está sempre presente
aqui perto e até longe dos olhos da gente
A água que é o caminho de beber de lavar a roupa e de limpar
a água que garante sustento ao sair pra pescar
Como todo recurso natural
temos que ter tolerância
não podemos pensar que é pra sempre
só porque existe em abundancia
a gente pode fazer diferente,
cuidar bem desta água que é da gente,
esgoto, sujeira não combina com ela não
a nossa água é viva e não é depósito de lixo não.

A bagagem das mulheres da floresta CNS/ 2007

O Marajó das águas e das florestas, formado por inúmeras ilhas separadas por igarapés, furos, canais e estreitos por onde passam as águas do rio Amazonas, contornam o sul do território de Marajó e se unem às águas do rio Tocantins. Embora com imensas belezas naturais, a mesorregião do Marajó congrega os municípios com sofríveis Índices de Desenvolvimento Humano (IDHs), ampliando ainda mais a necessidade e o compromisso institucional com políticas públicas na área da saúde, da segurança, da assistência social e da educação.

A Região do Marajó, segundo a divisão da Secretaria Estadual de Saúde, está representada por dois Centros Regionais de Saúde (CRS), 7º e 8°, os quais têm sob suas jurisdições dezesseis municípios do Arquipélago do Marajó. A pesquisa do Obteia aconteceu com as comunidades do Rio Laguna, no município de Melgaço. A referida cidade faz parte do 8º CRS, que abrange também os municípios de Anajás, Bagre, Breves, Curralinho, Gurupá e Portel. Nessa localidade, a assistência na atenção básica é deficiente, e a alta rotatividade dos profissionais de saúde dificulta a implantação das Estratégias de Saúde da Família em todos os municípios.

Este trabalho tem como principal objetivo apresentar o resultado da pesquisa do Observatório de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, realizada na mesorregião do Marajó. A finalidade do observatório é avaliar a implantação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e das Águas (PNSIPCFA).

O Observatório reúne um conjunto singular de sujeitos no intuito de construir análises profundas da situação das políticas de saúde no campo, na floresta e nas águas e contribuir para o planejamento das ações que venham a ser implantadas pelo SUS.

Na região Amazônica, foi definido como lócus da pesquisa o município de Melgaço (PA), por ser um município com aspectos econômicos, sociais e ambientais singulares que evidenciam a necessidade de intervenção na área da saúde integral, além de pertencer ao território do Marajó que congrega os municípios com maiores índices de precariedade de saneamento básico do Brasil.

Nesse sentido, a ação do observatório tem por objetivo implantar ações que contribuam com a organização do SUS no contexto amazônico, objetivando a construção de territórios de cidadania.

O município de Melgaço, de acordo com os dados do último Censo (IBGE, 2010), possui uma população de 24.808 habitantes. A área dessa unidade territorial é 6.774,01 km², tendo a densidade populacional de 3,66 hab/km². A cidade apresenta densidade demográfica muito menor que a média do Pará: 6,07 (hab/km²). Nesse município, 77,2% da população reside em área rural (IBGE, 2010, não paginado).

No ano de 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal da Unidade (IDHM) de Melgaço foi de 0,418. Essa medida está na faixa de IDHM muito baixo (entre 0 e 0,499). Dessa forma, em relação a todos os 5.565 municípios brasileiros, Melgaço encontra-se em último lugar, ficando na condição de município com o pior IDHM brasileiro (Pnud, 2013, não paginado).

Segundo dados do Relatório Analítico do Território do Marajó (UFPA,

2012), em 2009, Melgaço possuía um percentual de 90% da população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF).

Como muitos municípios do Brasil, Melgaço não possui política de saneamento básico, o que denota a precariedade do esgotamento sanitário e do tratamento de água para consumo da população. A água para o consumo é captação do próprio rio, sendo que uma pequena parcela da população recebe água tratada, fator principal para altos índices de Doenças de Veiculação Hídrica (DVH).

Nesse contexto, o rio serve não apenas como fornecedor de água para as necessidades básicas (cozinhar, lavar roupas, banhos, etc.), mas também como depósito de dejetos fecais. Isso gera consequências danosas à saúde da população e denota precárias condições de saneamento ambiental.

Os percentuais de domicílios atendidos pelo fornecimento de água da rede geral demonstram que 13% da população possui água encanada, 23% são de poços ou nascentes e 64% usa água de outras fontes, como diretamente do rio (BRASIL, 2010).

Sobre a coleta de lixo, dos dezesseis municípios do Marajó, em Melgaço, observa-se um maior percentual de destino do lixo a céu aberto: 65,9%, ou seja, apenas 33,6% dos domicílios possuem coleta de lixo, a grande maioria é jogada a céu aberto ou diretamente nos rios. Apenas 3,4% dos domicílios nessa região possuem rede de esgoto, 29% possuem fossas e, na maior parte das residências, o esgotamento sanitário é feito a céu aberto e/ou direto nos rios 67,7% (BRASIL, 2010).

A partir desses dados e da realidade que se apresenta, há necessidade de investimentos em saneamento básico de curto, médio e longo prazo, tendo em vista o baixo nível de implantação da rede de serviços básicos. Segundo relatos de enfermeiros da Unidade de Saúde do Município de Melgaço, ao Programa Viva Marajó/Instituto Peabiru (2011), a coleta de lixo hospitalar é um grave problema no município. A sujeira é frequentemente jogada nos rios, assim como dejetos humanos, ou queimado, o que provoca um elevado índice de pessoas com vômito, dores abdominais, problemas dermatológicos e febre. A coleta de lixo domiciliar e a falta de saneamento básico também são responsáveis por diversos problemas de saúde dos moradores.

Serviços de Saúde

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em Melgaço existem doze estabelecimentos cadastrados, todos da esfera pública municipal de saúde (Quadro 1).

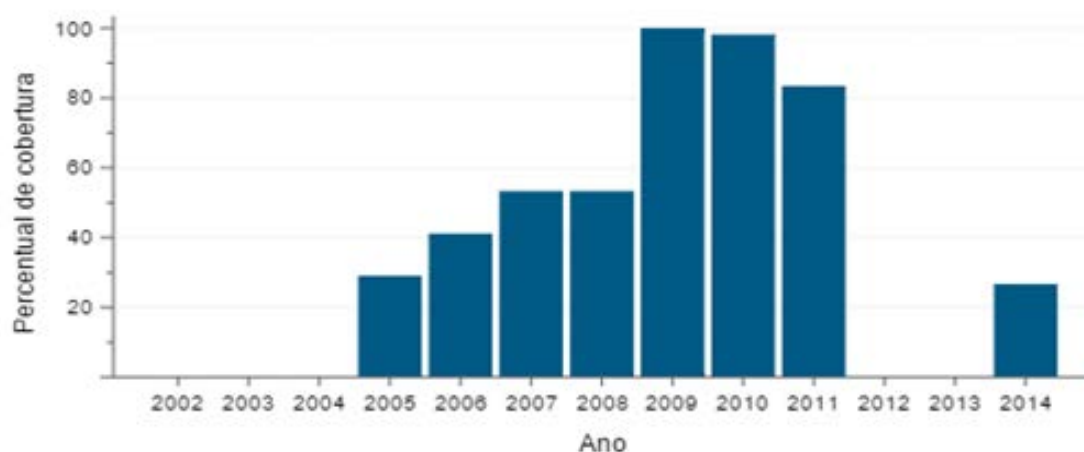
Quadro 1: Quantidade de estabelecimentos de saúde por descrição em Melgaço (PA), 2014.

Descrição	Total
Posto de Saúde	4
Centro de Saúde/Unidade Básica	4
Unidade Mista	1
Unidade de Vigilância em Saúde	1
Secretaria de Saúde	1
Centro de Atenção Psicossocial	1
Total	12

Fonte: CNES, 2015.

Cobertura Populacional por Equipes de Saúde da Família

Segundo dados do Obteia (2015, p. 15), a cobertura populacional por equipes de saúde da família em Melgaço é de 26,68%, o que corresponde a 6.900 habitantes atendidos pelo serviço (Figura 1). O município conta com duas equipes de Saúde da Família, sendo uma convencional e a outra do Programa Mais Médicos. Também possui duas equipes de Agentes Comunitários de Saúde com cobertura de 97,1% da população. Apresenta quatro Unidades básicas, sendo duas geral e duas ribeirinhas.

Figura 1: Distribuição percentual da população coberta por equipes de Saúde da Família em Melgaço (PA) (2002-2014)

Fonte: Obteia (2014)

No ano de 2015, Melgaço apresentou dezesseis leitos registrados no CNES, sendo que 100% são do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo quatro para cirurgia geral, quatro clínica geral, um isolamento, quatro obstétricos, três clínico pediátrico, totalizando oito leitos clínicos cirúrgicos de um total geral de dezesseis leitos (OBTEIA, 2015, p. 15).

Profissionais de Saúde

A equipe de profissionais de saúde do município, em 2015, está composta por trinta e sete pessoas, conforme o quadro 2 abaixo.

Quadro 2: Profissionais de saúde atuando em Melgaço

Profissionais (SUS)	Total
Médico da Estratégia de Saúde da Família	2
Cirurgião-dentista da Estratégia de Saúde da Família	1
Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	2
Auxiliar de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	5
Auxiliar em Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família	1
Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	3
Agente Comunitário de Saúde	23
Total	37

Fonte: CNES, 2015

Quadro 3: Projeto Mais Médicos em Melgaço (PA)

Descrição	Total
Solicitado	9
Contratado	5
Total contratado	5

Fonte: CNES, 2015

Melgaço teve oferta de nove profissionais do Programa Mais Médicos. No entanto, não houve adesão total à chamada (Quadro 3). Vale destacar que o programa tem por objetivos levar os profissionais médicos para as regiões em que há falta de profissionais, assim como melhorar o atendimento e o acesso dos usuários aos serviços do SUS por meio de investimentos em infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e dos hospitais municipais (CNES, 2015). Assim, um dos grandes desafios da região amazônica é superar a deficiência na assistência na Atenção Básica e a alta rotatividade dos profissionais de saúde que a certo ponto dificulta a implantação das Estratégias Saúde da Família em todos os municípios.

O PNSIPCFA no direito à saúde pública: luta histórica do Conselho Nacional de Populações Extrativistas

A situação de Melgaço, apresentada acima, assemelha-se com a de outros municípios da região amazônica. Diante das dificuldades históricas que afligem a região, em 1985 foi criado o Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS).

O CNS nasceu durante o I Encontro Nacional de Seringueiros com o compromisso de "lutar por uma proposta que garantisse a vida do seringueiro em sua colocação, que garantisse que ele não fosse expulso de suas terras" (MURRIETA; RUEDA, 1995). Com o objetivo de proteger a vida de milhares de habitantes das florestas e das águas, o CNS vem se transformando ao longo dos anos na mais importante entidade de representação política, que articula de forma propositiva diferentes ações que contribuem com a garantia de direitos das populações extrativistas na Amazônia e do Brasil. Passados 30 anos, o CNS representa as mais diversas formas de ocupabilidade do trabalho na Amazônia.

A luta por mais igualdade social na Amazônia levou à morte dezenas de líderes extrativistas, e os conflitos continuam ocorrendo. Segundo o relatório da Comissão Pastoral da Terra (CPT), divulgado em 2011, entre 1985 e 2010, 1.614 pessoas foram assassinadas no Brasil em decorrência de conflitos no campo. Desses, até 2010, apenas noventa e um casos foram julgados.

No ano de 2011, vinte e nove pessoas foram assassinadas em decorrência de conflitos no campo, sendo doze no Pará e sete no Maranhão. No ano de 2012, foram trinta e dois assassinatos. O que está em jogo são os sonhos de dignidade de milhares de brasileiros, desprotegidos, a mercê da violência fundiária, que todos os anos ampliam os números de assassinatos na floresta.

Ao mesmo tempo, a resistência, as denúncias e a organização, num país com sua democracia em construção, tem possibilitado o fortalecimento dos sonhos de dignidade para quem vive na floresta. Mas ainda há muito para se conquistar: a juventude extrativista precisa ter educação de qualidade no próprio espaço de vida familiar; as políticas de saúde, de assistência técnica e extensão rural devem ser inseridas no mundo extrativista; e, o principal, o fortalecimento da reforma agrária com a criação de mais reservas extrativistas no Brasil.

A saúde e a segurança alimentar são elementos históricos que fazem

parte da política de transversalidade defendida pelo CNS como condição básica para o desenvolvimento da cultura extrativista. A garantia de acesso à saúde pública insere-se, com profundidade, na vida das populações extrativistas a partir da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). Essa política é uma conquista que teve a ampla participação dos movimentos sociais, que formam o Grupo da Terra, na concepção, na construção e na forma de definir estratégias para a sua implantação. Essa é uma política transversal que visa dirimir as desiguadades de acesso ao SUS para a população do campo, da floresta e das águas, considerando os princípios fundamentais de equidade, universalidade e integralidade. Conforme descrito na cartilha da PNSIPCFA a seguir:

> A sua operacionalização depende do comprometimento de gestores estaduais e municipais do SUS, assim como de prefeitos e governadores e da articulação com outras políticas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde dessas populações; como a educação, o trabalho, o saneamento e o ambiente (BRASIL, 2013, p. 10).

Importante destacar que a PNSIPCFA compreende a relação de pertencimento da população do campo, da floresta e das águas, com o seu ambiente de vida e trabalho.

O CNS, rumo à realização do 3º Chamado da Floresta, afirma que, pela história de resistência de conservação das florestas da Amazônia, os extrativistas são merecedores de um tratamento especial por parte do Estado brasileiro. O Estado prioriza o desenvolvimento da indústria, do agronegócio, mas não prioriza o desenvolvimento da Amazônia, precisamos mesmo desse desenvolvimento? Ou o estado poderia fortalecer as diferentes formas de produção e vida que já existem a partir do diálogo com as experiências locais. Desenvolver a Amazônia é investir em saúde para as populações que nela vivem. A decisão sobre o investimento social não pode ser pela força de quem tem capital econômico, mas pelo valor da cultura social como afirmou FURTADO (2012, p. 40): "A cultura não é uma dimensão da realidade social, mas a realidade inteira".

A pesquisa no território do Rio Laguna

Figura 2: Vista da Comunidade João Paulo II

Fonte: Obteia, 2015

Em 2013, na Vila do Tonhão – comunidade João Paulo II, no Rio Laguna em Melgaço, mais de cinco mil pessoas se reuniram para o 2º Chamado da Floresta, organizado pelo CNS. Em junho de 2015, por indicação do CNS, o Obteia, as comunidades do Rio Laguna e a gestão pública de Melgaço se reuniram para realizar a pesquisa na localidade com o objetivo de avaliar a implantação da PNSIPCFA.

Antes da ida para Melgaço, o Ministério da Saúde (MS) contatou a gestão pública municipal que organizou uma ação de saúde e de assistência social na Vila do Tonhão nos dias 19 e 20 de junho, para a qual as comunidades vizinhas foram mobilizadas. Nesses dois dias, houve atendimento médico, vacinação, atualização dos dados do programa Bolsa Família e entrega de documentação para pessoas que tinham se encaminhado à Secretaria de Assistência Social.

No dia 19 de junho de 2015, às 8 horas da manhã, na vila do Tonhão, ocorreu uma reunião de planejamento da equipe para discutir o alinhamento da pesquisa, a partir do Guia do Pesquisador, destacando as seguintes práticas:

1. Realizar Pesquisa participativa: a pesquisa é com e para a comunidade.
2. Priorizar a mobilização comunitária.

3. Manter uma boa comunicação com a comunidade.
4. Fazer entrevistas com as lideranças locais e sobre a gestão pública em saúde.
5. Fazer perguntas orientadoras: O que dá vida? O que gera doenças? O que é ter saúde pública?
6. Realizar a construção de parcerias efetivas.
7. Avançar no diagnóstico.

Em seguida, ocorreu reunião na comunidade para apresentar a equipe e convidar os presentes para participarem da oficina, a qual foi realizada no dia seguinte. Nessa primeira conversa, estavam presentes as seguintes comunidades: Monte das Oliveiras, Santa Maria e João Paulo II.

Entrevistas – Tonhão, gestão pública e equipe de saúde

Figura 3: Dinâmica de entrevista com os profissionais de saúde e com secretários municipais

Fonte: Acervo da pesquisa

Depois, a equipe se reuniu na casa do represetante da comunidade, o senhor Antônio (Tonhão), com quem dialogamos sobre os principais motivos que têm gerado doenças na comunidade. Seu Tonhão falou sobre a falta de água potável; de remédios e de educação de nível mais elevado; de ensino médio; da ausência de agente comunitário de saúde há mais de quatro anos; da necessidade de suporte para transporte adequado para ida

de pacientes à cidade, pois tendo a dificuldade de acesso a médicos e para realização de partos, precisam se deslocar ao município de Breves (10h de viagem) a fim de ter atendimento particular e/ou no hospital regional. Ao perguntarmos o que seria bom para a saúde da comunidade, Tonhão afirmou que é necessário ter um posto com equipamento, remédios e profissionais, a formação de parteiras e água potável.

Atualmente, tem-se um cenário de acesso deficiente à política de saúde pública. Assim, destaca-se a importância dos saberes ligados às tradições de populações nativas desses povos, conhecimentos explorados pelos indivíduos de forma sustentável, garantindo a sobrevivência das gerações.

Nesse mesmo dia 19 de junho de 2015, às 15h, aconteceu uma entrevista com a gestão pública. No início, foi apresentado pela equipe a proposta da pesquisa e seus objetivos. A primeira questão colocada na roda de conversa foi sobre como percebem a situação de saúde na vila do Tonhão/rio Laguna?

Financiamento público que não atende às demandas

>> Município pretende implantar o barco hospitalar, no entanto o recurso não é suficiente.
>> Falta transporte adequado para atendimento de emergência.
>> Precariedade de acesso à comunicação (telefonia e internet), à energia elétrica, à água potável, aos remédios e de atendimento às gestantes.
>> Necessidade da implantação de 2 PSF's Ribeirinhos na cidade, e capacitação de equipe de apoio da secretaria de saúde e dos profissionais.
>> Ausência de tratamento odontológico, atendimento oftalmológico, de equipes para dar treinamento de boas práticas do manejo do açaí.
>> Equipes: dificuldade de contratar profissionais especializados e aqueles que estão atuando no município realizam seus trabalhos apenas quinze dias por mês. Há alta rotatividade dos profissionais, não contratação de ACS por motivo de portaria ministerial que trata de falta de orçamento para 2015.
>> Agravos à saúde: alimentação inadequada, altos índices de DST's, câncer de colo uterino, acidente ofídico e de cortes por machado/terçado, diarreia (causada pela falta de tratamento da água), raiva humana (seis casos na cidade em 2014), muitos hipertensos e diabéticos.

Os problemas causados pelo consumo da água do rio trouxe para a roda

de conversa a preocupação, destacada pelo agente de saúde Joel, da tendência à perda de identidade da população com o rio, onde sempre se banha, pesca, navega e bebe da sua água o que gera uma relação de afetividade e pertencimento ao território. Agora, a relação com o rio e o meio ambiente sofrem os impactos causados pela degradação.

Sobre o controle social, não há participação de moradoras/es de comunidades ribeirinhas no Conselho Municipal de Saúde e na pré-conferência municipal de saúde houve somente participação de moradoras/es da parte urbana da cidade.

Buscando construir com a gestão pública alternativas para a situação diagnosticada, dialogou-se sobre como melhorar o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) na comunidade. As propostas se colocam no campo do Governo Federal, em que deve reconhecer a especificidade da Amazônia. Para tanto, deve haver, com repasses financeiros de custo diferenciado, a regionalização de concursos públicos do Estado para atender as comunidades ribeirinhas e a promoção de assistência técnica voltada às comunidades extrativistas.

Entre as ações necessárias para melhoria da atenção à saúde, foram apresentadas: trabalhar a saúde preventiva e saúde do homem; fortalecer os projetos e programas de parteiras, os remédios fitoterápicos, a segurança alimentar, a saúde na escola; o incentivo à agricultura familiar; a moradia para os profissionais de saúde nos PSF; construir microssistema sanitário; implantar Ensino Médio e cursos do Pronatec.

No dia 20 de Junho de 2015, ocorreu a entrevista com uma médica e um médico cubanos do programa do governo federal Mais Médicos e uma enfermeira que presta atendimento no município. Eles explicitaram as dificuldades de fazer o trabalho nas comunidades ribeirinhas, por, até mesmo, não terem equipamentos para fazer diagnósticos: 90% dos diagnósticos são feitos no consultório sem exames laboratoriais. No caso de exames com ultrassom, o município tem dez vagas por mês no Hospital Regional do Marajó, localizado no município de Breves, o que é insuficiente para atender a população urbana e ribeirinha.

Para a cidade, consideram necessário que se tenham equipamentos e equipes de ultrassom, eletrocardiograma e raio-x, além de laboratório, pediatra, obstetra e nutricionista. Esses profissionais, trabalhando nessa delicada condição, buscam fazer o trabalho preventivo diante do alto índice de doença parasitária: orientam sobre ferver a água e a quantificação do hipoclorito, sobre a importância de se ter vaso sanitário etc.

A equipe de pesquisa foi entrevistada

No dia 19 de junho, durante a ação que a Prefeitura estava realizando na Vila do Tonhão, a secretária de saúde solicitou que a escola local encerrasse suas atividades mais cedo e viesse ter uma palestra com a equipe de pesquisa. Dialogamos com a secretária, novamente, sobre quais eram as atividades previstas (entrevistas e oficina) e, ao mesmo tempo, nos colocamos à disposição para dialogar com as/os estudantes e professoras/es. Assim, vieram turmas da segunda etapa do ensino fundamental e se organizaram em grupos por componente curricular: geografia, história, língua portuguesa.

A equipe da pesquisa se dividiu entre os grupos e dialogou com as/os estudantes sobre os temas trazidos por elas/es, como o objetivo da pesquisa e os problemas que identificam nas comunidades.

Entre os temas dialogados, está a preocupação com a Reserva Caxuanã, localizada em Melgaço e que terá extração por uma empresa nos próximos anos, havendo alto potencial de afetar negativamente a vida das comunidades. Nessas conversas, foi feito o convite para que estivessem no dia seguinte na oficina e muitas/os estudantes e professoras/es vieram no dia 20 de junho.

Oficina inicial da pesquisa do Obteia

No dia 20 de junho de 2015, aconteceu a oficina do Obteia na comunidade João Paulo II (Vila do Tonhão). Nesse dia, contou-se com a presença de moradoras/es das comunidades do Rio Laguna, do prefeito, de vereadores, da secretária de saúde (que já estava no dia anterior), de estudantes e professoras/es da escola local.

Para o diagnóstico sobre ameaças e promoção da vida no Rio Laguna, as/os participantes se dividiram em cinco grupos que debateram e fizeram tarjetas para apresentar às/aos demais participantes da oficina. Havia muitas crianças e adolescentes. A fim de evidenciar a percepção deles sobre saúde, formaram grupos em que representaram em desenhos os temas do diagnóstico.

O cenário local, os relatos das comunidades, assim como dos gestores públicos, de médicos e de enfermeiros são evidências concretas da dificuldade do acesso à saúde pública no Marajó e da ausência desse direito no Rio Laguna.

A seguir, os dados obtidos na oficina, organizados pela equipe do Obteia, buscam favorecer a ação tanto da comunidade quanto da gestão pública na garantia do direito à saúde.

Quadro 4: Dados da oficina inicial da pesquisa

Eixo 1: Acesso das populações do campo, floresta e águas na atenção à saúde	
O que dá vida?	**O que ameaça a vida?**
•Incentivos do governo no financiamento e na assistência técnica para fomento da agricultura e pesca. •Cultivo da subsistência e extrativismo: plantar, pescar peixe fresco, manejar açaí. •Controle de natalidade sem uso de medicamentos. •Transporte da ambulancha e transporte de lancha. •Posto de saúde com atendimento médico, remédio, melhoria e ampliação de agentes comunitários de saúde. •Atendimento Odontológico e oftalmológico. •Acesso a projetos e a programas de saúde nas comunidades. •Baixo incentivo do governo no financiamento e assistência técnica para fomento da agricultura e pesca.	•Repasse de recurso levando em consideração a especificidade do Marajó: custo Marajó. •Carência de atendimento da saúde do homem e da mulher, no pré-natal, no PSF, nas orientações de saúde e no acesso ao atendimento médico e de saúde bucal. •Vagas restritas para especialidades e exames no Hospital Regional do Marajó. •Doenças por transmissão de insetos e picada de animais peçonhentos. •Falta de aparelho de ultrassom no município, de medicamentos na comunidade, de remédio antiofídico, de equipamentos e de profissionais no PSF. •Ambulanchas inadequadas. Falta de energia elétrica e de meios de comunicação nas comunidades.

Fonte: Acervo da pesquisa

Quadro 5: Dados da oficina inicial da pesquisa

Eixo 2 – Ações de promoção e de vigilância em saúde às populações do campo, da floresta e das águas	
O que dá vida?	**O que ameaça a vida?**
•Qualidade do ambiente: rios, natureza, floresta. •Preservar a floresta.	•A precariedade da água e do manuseio do lixo. •Poluição da água do rio. •Falta de saneamento básico. •Desmatamentos. •Trabalho infantil. •Alimentação inadequada.

Fonte: Acervo da pesquisa

Quadro 6: Dados da oficina inicial da pesquisa

Eixo 3 – Educação permanente e educação popular em saúde como foco nas populações do campo, da floresta e das águas	
O que dá vida?	**O que ameaça a vida?**
• Educação e conscientização. • Lazer e diversão. • Amor, respeito, união. • Saúde e prevenção. • Identidade com a localidade e família. • Maternidade. • Ervas medicinais e remédios da floresta: Andiroba, copaíba, mel de abelhas, plantas. • Natureza e rios.	• Ausência de formação continuada aos profissionais de saúde. • Falta de conhecimento das ervas medicinais e de transferência dos conhecimentos populares e tradicionais. • Necessidade de ampliação das ofertas dos níveis de escolaridades: Ensino Médio, Educação de Jovens e Adultos e Técnico profissional.

Fonte: Acervo da pesquisa

Quadro 7: Dados da oficina inicial da pesquisa

Eixo 4 – Monitoramento e avaliação do acesso às ações e aos serviços de saúde às populações do campo, da floresta e das águas.
Não foram apresentadas informações sobre esse eixo durante a oficina.

Fonte: Acervo da pesquisa

No debate sobre o que pode ser feito para mudar essa situação vivida pelas comunidades, as seguintes ações foram destacadas:

Quadro 8: Ações identificadas pelo grupo

O que deve ser feito para mudar a situação vivida?	
Eixo 1	**Eixo 2**
• Contratação de ACS para a comunidade. • Necessidade de incentivos a agricultura familiar e pesca: assistência técnica na produção e para diversificação da produção agrícola e da agropecuária. • Acesso aos meios de comunicação e energia elétrica.	• Sistema alternativo para tratamento de água nas comunidades
Eixo 3	**Eixo 4**
• Orientação educação com o uso da água. • Formação dos profissionais de saúde. • Ampliação nos números de escolas com educadores nas disciplinas específicas.	• Ampliação de repasses de recursos financeiros para saúde e educação de acordo com a especificidade da região. • Agilidade das políticas públicas voltadas para os povos das florestas. • Maior integração das esferas de gestão: Municipal, Estadual e Federal.

Fonte: Acervo da pesquisa

Para as comunidades reunidas na oficina realizada na Vila do Tonhão, a pesquisa do Obteia pode ajudar orientando como a Prefeitura pode contratar ACS nas comunidades Saparara e João Paulo II; identificando como as políticas públicas para o povo das florestas podem ser mais ágeis de forma a atender às necessidades vividas e possibilitar maior integração das esferas de gestão.

Resultados da pesquisa

Lugar de muitas belezas e riquezas, a começar pelo seu povo. Mas esse povo, que tradicionalmente vive na e da floresta, sofre pela invisibilidade e precariedade do sistema de atenção e acesso à saúde pública e das condições socioeconômicas das pessoas. Ao mesmo tempo, percebe-se, com a ação de atendimento que a Prefeitura realizou durante a atividade da pequisa, que é possível fazer chegar às comunidades, a saúde pública. Certamente, há que se considerar as questões orçamentárias e geográficas que alcancem efetivar esse acesso e para dar conta de ações principalmente preventivas.

A pesquisa realizada e uma visita técnica da Funasa apontam que a maior parte das doenças da comunidade está relacionada à falta de água própria para o consumo humano. Os problemas de falta de saúde estão relacionados à falta de prevenção que pode acontecer com a oferta de um direito vital, que é, logo, a água.

O exercício da pesquisa, em um recorte simbólico no território do Marajó, certamente não difere de muitas outras regiões da Amazônia e deixa claro a necessidade de um olhar mais humanizador e comprometido. A ida à Vila do Tonhão evidenciou a falta de conhecimento do Estado sobre a realidade das comunidades ribeirinhas e extrativistas. A gestão pública precisa conhecer o Brasil, e quando se trata das populações das águas e das florestas é necessário perceber e olhar para as questões bem singulares como os aspectos geográficos que, muitas vezes, se tornam o principal entrave para a implantação de ações e de políticas públicas.

O olhar e a atenção carinhosa tem que existir por meio de compromisso social e governamental muito grande. Entender que na floresta tem gente e como elas vivem e se organizam é uma tarefa a ser realizada, para não cometer o equívoco de pensar a política pública de forma generalista.

A população da amazônia vive no meio do maior volume de água doce do mundo. Entretanto, não tem acesso à água potável de qualidade. E, ao ouvir dos profissionais da saúde que as principais causas das doenças estão relacionadas

à água não potável, conclui-se que com o simples investimento e a garantia do direito vital à água potável preveniriam muitas doenças. Assim, pensar em saúde é pensar em prevenção de doenças – esse deve ser o ponto a ser focado.

A pesquisa traz um olhar positivo: ela foi articulada, envolvendo as três esferas governamentais. Isso possibilitou uma reflexão conjunta e talvez a junção de energias para realizar encaminhamentos e operacionalizar as soluções. Técnicos e gestores locais, acompanhando o processo, ao mesmo tempo em que demostraram preocupação com a "imagem" ou com a realidade, também traziam alerta e inquietações para a necessidade de se olhar ao território de forma diferenciada. Um dos resultados da articulação foi que a União, por meio da Funasa, realizou visita técnica e fez um relatório minucioso da situação. A ação da Funasa também seguiu a dinâmica da pesquisa, buscando reflexões com as secretarias do Município de Melgaço e lideranças, bem como de agentes comunitários. Com a iniciativa da Funasa, tem-se a pactuação entre município, estado e comunidade, desde a ação de formação de técnicos e de agentes locais, a capacitação da comunidade e a instalação de microssistema de água para consumo humano até a avaliação e o monitoramento das doenças causadas pela água imprópria.

Como resultado da pequisa, é necessário ter o olhar atento e diferenciado ao conjunto de iniciativas de política pública voltadas para atender uma realidade específica de um povo que ainda é invisível para a ação do Estado. Precisa-se de gestores, de cidadãos, de intelectuais nos espaços públicos com conhecimento e sensibilidade para a formulação da política pública com respeito à particularidade e à peculiaridade dos territórios das florestas e das águas. Precisa-se encontrar meios para que a população ribeirinha e extrativista participe também dos espaços de participação política nos processos de decisão como Conselho Municipal de Saúde e suas conferências de forma a contribuir na implementação da política pública.

A saúde preventiva precisa estar associada às especificidades da imesidão da Amazônia, no que tange ao transporte e à organização, as quais demandam maiores recursos financeiros e pessoais que alcancem atender a população. Um dos investimentos está em tornar acessível a formação técnica e científica para quem é e vive na floresta e nas águas, formando profissionais do próprio território. É necessário fortalecer a política dos agentes comunitários de saúde, possibilitando condições de um trabalho efetivo de educação e de saúde. É preciso que os problemas de falta de saúde ou das causas de doenças sejam discutidos dentro das escolas, que em muitas localidades é a única presença do Estado. É preciso fazer

chegar infraestrutura como, por exemplo, energia elétrica e comunicação.

Os dados do estudo no rio Laguna mostram problemas de saúde que também podem estar relacionados à alimentação inadequada. Isso se dá não pela falta de alimentação, mas pelos hábitos alimentares hoje introduzidos aos povos da floresta. Ações que evidenciassem as fontes de nutrientes e as diferentes formas de aproveitamentos das frutas que a floresta oferece é outro desafio a ser trabalhado para garantir a saúde.

O Brasil é muito grande e diverso e ainda tem um longo rio a percorrer para compreender. Para tanto, deve-se entender que a política pública tem que ser feita observando cada realidade. Dentro da realidade dos povos das florestas, existe uma das maiores riquezas que são seus povos, com conhecimentos e sabedorias seculares. E isso precisa ser valorizado. Parteiras, curandeiras/os, sábias/os da floresta, conhecedoras/es de plantas e ervas medicinais: esses são verdadeiros detentores dos conhecimentos e guardiões dessa vasta e riquíssima biodiversidade, que gera vida e saúde para os povos da floresta que precisam ser valorizados.

Considerações finais

É ponto comum entre os extrativistas a importância da prevenção de doenças por meio da garantia do saneamento básico e da água tratada às comunidades. Capacitar moradores das comunidades, especialmente agentes comunitários de saúde, como os técnicos e auxiliares de saúde, e abrir cursos de enfermagem para esse público é urgente.

Dessa forma, faz-se necessário: exigir que o Ministério da Saúde faça campanhas a fim de fornecer carteira de saúde nas comunidades; preparar, capacitar e equipar os agentes de saúde, até com apoio para deslocamento; exigir saneamento básico e água tratada nas áreas rurais; exigir que as embarcações instalem banheiros que não poluam os rios; ampliar o quadro de profissionais que atuam no programa Saúde da Família, a fim de garantir o atendimento da população; exigir maior fiscalização do Ministério da Saúde nos municípios, garantindo que os serviços atendam todos os comunitários; oferecer maior incentivo às ações que visem a segurança alimentar, especialmente de crianças e de idosos; garantir atenção dobrada à saúde da mulher, principalmente em questões como a mortalidade materno-infantil e o aborto; e utilizar com mais frequência a medicina natural.

Vários estudos realizados na Amazônia mencionam em pesquisas a

importância das populações extrativistas para a conservação social e ambiental dessa biodiversidade brasileira. Em a Construção Social de Políticas Ambientais: Chico Mendes e o Movimento dos Seringueiros, tese de doutorado de 2002 de Mary Allegretti, são apresentados que "é preciso fazer a conta para saber qual o custo da sustentabilidade e de onde virão os recursos para financiá-la". A possibilide da mudança dessa realidade implica em maiores investimentos públicos, o que encontra limites nas políticas de ajuste estrutural. A sustentabilidade ambiental e melhoria de saúde das populações ribeirinhas requerem quadros técnicos preparados. Implica, também, em programas massivos de qualificação e de acesso à saúde, o que precisa de investimentos públicos em programas voltados para a realidade amazônica e de pesquisa.

A formulação de políticas públicas, levando em consideração esse cálculo, poderia configurar em benefícios, mas é preciso antes haver uma mudança na concepção dos modelos econômicos estabelecidos para Amazônia. O que seria mais caro "subsidiar modelos de produção sustentáveis em troca da manutenção dos mananciais de água, ou permitir atividades competitivas, mas predatórias e pagar pela recuperação dos mananciais no futuro?", menciona a autora da tese.

Percebe-se que o debate principal do limite à sustentabilidade está nas discussões das políticas econômicas, ou seja, fazendo uma análise da produção da pecuária e do extrativismo, por exemplo, o pecuarista que transforma a floresta tropical em pastagem não acrescenta ao custo de produção da carne o custo da biodiversidade perdida. O extrativista não recebe pela castanha que vende o valor da biodiversidade que cotidianamente protege. Assim, esta é substancialmente a questão central, que qualifica a importância da produção extrativista para a conservação social e ambiental da Amazônia.

Diriam hoje, se estivessem vivos, com foco na luta pelo reconhecimento de quem vive e luta pela Amazônia, Chico Mendes e outros líderes extrativistas, segundo a leitura de estudo e concepção de Mary Allegretti, que:

> Nós, extrativistas da Amazônia, somos hoje reconhecidos, no país, como verdadeiros defensores da floresta e exigimos ser reconhecidos, pelo planeta, como legítimos protetores do capital natural e produtores de serviços ambientais (ALLEGRETTI, 2002, p.759).

A maior dificuldade tem sido o poder público entender a diversidade da Amazônia para definir políticas que contemplem e respeitem essas diferenças. Há muito preconceito com essas populações, porque elas continuam sendo

ainda muito invisíveis. A política de saúde implantada pelo poder público em âmbito federal no Brasil é extremamente urbana.

Outra dificuldade é o poder público federal entender um conceito novo de Reserva Extrativista, porque todo processo depende do governo: a criação, a fiscalização, o monitoramento e a Concessão do Direito Real de Uso (CDRU). O atendimento a esse contexto social é substancial para garantir as condições para introduzir as políticas sociais de saúde e de outras áreas pelo poder público nas Unidades de Conservação na Amazônia.

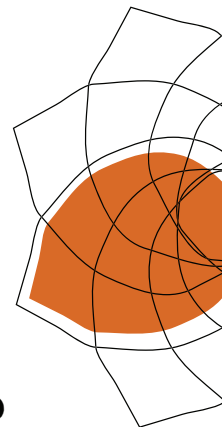
O Ministério da Saúde (MS) tem sido um importante parceiro das populações extrativistas no fortalecimento das relações institucionais e tem o desafio como parte do Estado brasileiro de incluir as peculiaridades e as especificidades da saúde dessas populações na agenda de ação prioritária de governo.

Para fortalecer a participação política dessas populações nas políticas de saúde, tem sido fundamental a participação de suas representações nos Conselhos de Saúde Estaduais e Nacional e em outras instâncias de participação e controle social do SUS.

A integração entre sociedade e o governo nas instâncias institucionais tem possibilitado maior respeito à diversidade social, cultural e biológica no sentido de preservar e de valorizar o conhecimento tradicional associado ao patrimônio genético, contribuindo para a promoção da cidadania e à florestania dessas populações.

No plano internacional, a Organização das Nações Unidas (ONU), por meio das Organizações Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS), tem sido um organismo que tem investido em tecnologias de saúde no Brasil, em cooperação de experiências que possibilitam transferência de tecnologias e de difusão de conhecimentos para a qualidade de saúde no Brasil. O CNS tem usufruído dessa cooperação internacional com o governo brasileiro, em projetos para melhorar a qualidade da saúde, com as populações extrativistas na Amazônia, em uma articulação de projetos com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS).

A implantação da política nacional de saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas, no contexto amazônico, tem como um dos grandes dilemas superar a marca político-partidária e se apresentar para o conjunto da sociedade amazônica como uma ação capaz de contribuir, por meio de suas experiências em rede, em substrato de um modelo de desenvolvimento com justiça social e cidadania, pois há a necessidade de uma política de estado que promova a integração entre as atividades e garanta a sua continuidade, promoção de espaços participativos de planejamento e implantação de projetos que envolvam todos os sujeitos que constituem e ocupam esse espaço.

CAPÍTULO 14

Saúde, cultura e território na comunidade do Quilombo do Campinho, em Paraty/RJ, e a PNSIPCFA

Daniele Elias Santos

Monaliza Melo Brandão Assis

Edmundo de Almeida Gallo

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) foi instituída pela Portaria nº 2.866/2011 para promover e garantir o acesso à saúde das populações, atendendo as comunidades com contextos muito específicos e geralmente deficitárias no que tange à disponibilidade de serviços de saúde com qualidade (BRASIL, 2013).

A partir de um dos eixos da política, o IV (monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde às populações do campo/floresta/águas), foi criado o Obteia, como forma de avaliar a política e de evidenciar a realidade dessas comunidades por meio de uma pesquisa de caráter participativo. Para tanto, foram escolhidas nove comunidades representativas da população-alvo da política, dentre elas o Quilombo do Campinho da Independência.

No primeiro semestre de 2015, foi realizada a oficina de trabalho para análise da situação de saúde e de pactuação da realização da pesquisa, quando entendeu-se que a comunidade do Campinho já havia avançado na análise de situação, como decorrência das atividades do Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis da Bocaina (OTSS), uma parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Fórum de Comunidades Tradicionais de Angra dos Reis, Paraty e Ubatuba (FCT) para a promoção do desenvolvimento sustentável e da saúde neste território (GALLO; SETTI,

2012; GALLO et al., 2015; FREITAS et al., 2015; SETTI et al., 2015).

Na oficina, foi constatado que, apesar de não haver ações locais de governo voltadas à PNSIPCFA, o modo de vida das comunidades e a atuação do OTSS já atendiam a um conjunto de suas questões. Foi realçada também a importância da luta em defesa dos territórios tradicionais, selecionada como uma das dimensões centrais deste trabalho.

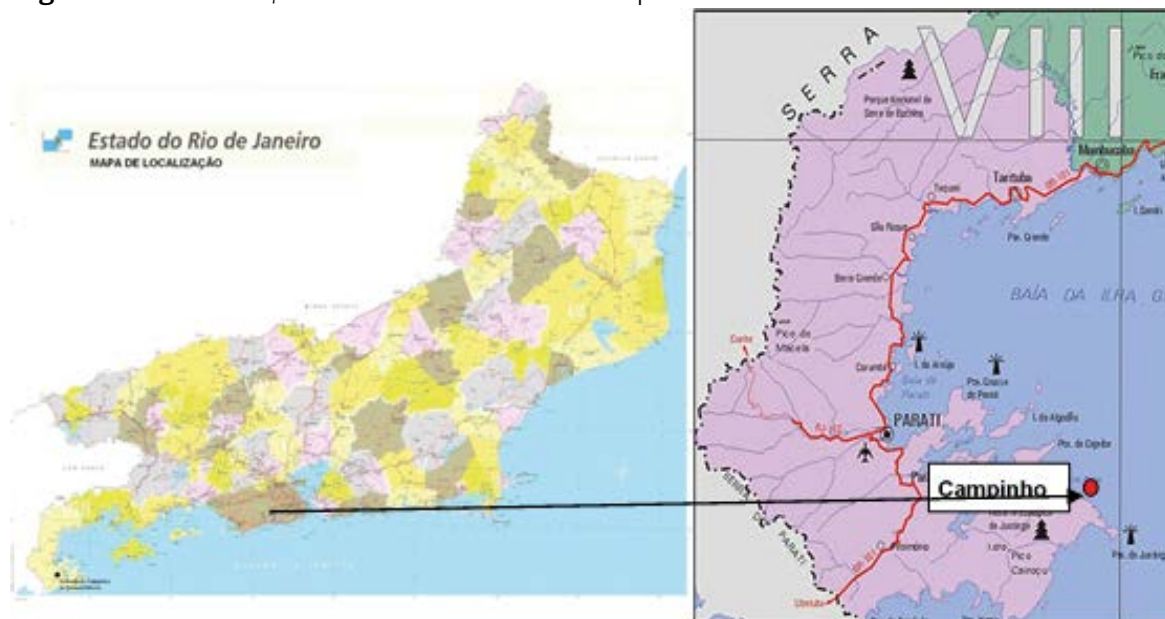
O Território

O Quilombo do Campinho teve seu território titulado em 1999. Faz parte do Mosaico Bocaina, criado em 2006, com o objetivo de estimular a gestão integrada entre diversas unidades de conservação localizadas nas regiões da Serra do Mar, Serra da Bocaina, Litoral Norte de São Paulo, Alto Vale do Paraíba, Baía da Ilha Grande e Litoral Sul Fluminense, Rio de Janeiro e contribuir para a preservação e conservação dos recursos naturais e pesqueiros, bem como promover o desenvolvimento sustentável do território, situado entre os Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, no Sudeste do Brasil (BRASIL, 2006; GALLO; SETTI, 2012).

O mosaico totaliza cerca de 216 mil hectares de florestas sob condições especiais de manejo e de proteção legal, abrange aproximadamente cinquenta comunidades tradicionais de três segmentos, sendo doze caiçaras, sete indígenas e cinco quilombolas, e suas zonas de amortecimento. A região integra o Corredor da Biodiversidade da Serra do Mar, uma das áreas mais ricas em biodiversidade em toda a Mata Atlântica.

O quilombo situa-se na zona rural do município de Paraty, estado do Rio de Janeiro, fazendo parte da região de saúde da Baía da Ilha Grande, que inclui também os municípios de Angra dos Reis e Mangaratiba. Localiza-se na região hidrográfica da Baía da Ilha Grande e na sub-bacia hidrográfica do Carapitanga. A Bacia do Carapitanga abrange dez comunidades, dentre elas o quilombo e duas aldeias indígenas (Figura 1).

O rio Carapitanga faz parte da história da comunidade, contribuindo para a alimentação, o abastecimento de água e o lazer. Como não havia água encanada, o rio também era utilizado para lavar roupa, propiciando o convívio entre os moradores, que fazia parte do cotidiano das famílias. As crianças logo cedo aprendiam a nadar, e, assim, o vínculo com esse local permanece até os dias de hoje.

Figura 1: Localização do Quilombo do Campinho no Estado do Rio de Janeiro.

Fonte: Acervo da pesquisa

Em 2007, foi firmada uma parceria entre a Fundação Nacional da Saúde (Funasa) e a Associação de Moradores do Quilombo Campinho da Independência (AMOQC) com o objetivo de instalar um sistema de abastecimento e tratamento de água e esgoto. As construções desse sistema foram feitas com a mão-de-obra local e coordenada por um engenheiro da Funasa.

Além disso, foi feito um termo de cooperação entre a Funasa e a Prefeitura Municipal de Paraty, o qual previa que três pessoas da comunidade seriam capacitadas e pagas para fazer a manutenção do sistema implantado. A Funasa faria a capacitação para a cloração da água e a manutenção do saneamento básico, e a prefeitura entraria com os recursos financeiros. Porém, esse termo não foi cumprido, e hoje o sistema está praticamente inoperante. O sistema de tratamento de água não chegou a ser utilizado. Atualmente, o abastecimento de água é feito por meio de uma rede pública, sem tratamento, e também atende a uma comunidade vizinha.

O Fórum de Comunidades Tradicionais

Com o objetivo de defender o território e os direitos das comunidades tradicionais, foi criado, em 2007, o Fórum de Comunidades Tradicionais de Angra dos Reis, Paraty e Ubatuba (FCT), amparado pelo Decreto 6040, de 2007 – Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (BRASIL, 2007).

As ações do FCT são pautadas pela defesa do território por meio da sua participação na implantação de políticas públicas que valorizam a cultura e os conhecimentos tradicionais, também pela realização de campanhas de resistência e de ações afirmativas em resposta às restrições impostas pelo Sistema Nacional de Unidades de Conservação (SNUC), à influência do capital, à ação dos grileiros a favor da especulação imobiliária, ao turismo predatório e à extração petróleo da camada pré-sal na região, buscando assegurar o acesso ao território, conquistar a regularização fundiária e dar visibilidade ao modo de ser e de viver dos tradicionais (SETTI et al., 2015).

A luta do Quilombo do Campinho

A Associação de Moradores do Campinho (AMOQC) é o espaço de articulação e vocalização das demandas da comunidade e foi uma das bases de criação do FCT. Fundada em 1994, a Associação tem como missão: defender o território do Quilombo do Campinho, desenvolvendo soluções tecnológicas e políticas contra-hegemônicas promotoras do bem viver, baseadas no etnodesenvolvimento, na cultura tradicional e na autogestão técnica e política, com participação ativa da comunidade.

A comunidade do Quilombo do Campinho da Independência foi escolhida para participar da pesquisa por representar uma comunidade tradicional quilombola organizada que sempre pautou sua luta pela defesa do território e pela melhoria da qualidade de vida social e cultural da comunidade.

Daniele Elias, pesquisadora comunitária, descreve o modo de vida e o histórico de luta da comunidade do quilombo do Campinho da Independência, narrado pelos gris e vivenciado por ela. Ela diz que "a comunidade Quilombo Campinho da Independência foi formada a partir de três mulheres, Vovó Antônica, Tia Marcelina e Tia Maria Luiza ao final do século XIX". Essas três bravas e guerreiras mulheres eram escravizadas na Fazenda Sertão da Independência, como era chamada na época.

Na fazenda, havia monocultura da cana-de-açúcar e do café, um tipo de sistema de produção agrícola que resseca e empobrece o solo, deixando-o improdutivo. Assim, esse sistema logo faliu e quebrou a economia da fazenda, levando a seu abandono pelos senhores fazendeiros.

As três mulheres bravas e guerreiras que ali ficaram, viram no território a possibilidade de liberdade e se juntaram a outros escravos que ficaram em outras fazendas, também abandonadas nessa época, como a Fazenda Pedras Azuis.

Assim, foram constituindo as primeiras famílias, como conta Tio Valentim, griô e morador mais antigo da comunidade.

A comunidade se forma tendo como base de sua subsistência a agricultura tradicional, produzindo milho, feijão, mandioca, batata doce, amendoim e cana-de-açúcar, cultivados por meio de mutirões. O peixe de água doce era pescado no rio Carapitanga, que passa em várias comunidades tradicionais, incluindo o Campinho, e deságua em Paraty-Mirim, constituindo-se em importante elemento da microbacia hidrográfica. Além disso, também se trocava o peixe da água salgada por farinha de mandioca e banana para fazer o pirão com os caiçaras de Trindade. Os mais velhos também costumavam caçar para subsistência.

A saúde sempre foi tratada na comunidade com as ervas medicinais que viravam chás, banhos e xaropes. Esse costume ainda é passado de geração para geração. Os saberes são repassados pelas mais velhas curandeiras e rezadeiras, que adquiriram esse saber durante muitos anos de prática e de experiência.

Os partos eram conduzidos pelas mãos das parteiras e por familiares próximos. Com amor e o poder das ervas medicinais, as pessoas mais velhas logo preparavam banhos e defumações de forma que até os partos mais difíceis, como crianças com cordão umbilical enrolado pelo corpo, nasciam fortes e saudáveis. As parteiras desenvolveram o conhecimento prático dos partos naturais, sempre respeitando e aguardando o tempo certo para que os bebês viessem ao mundo. Os mais velhos afirmam que poucos bebês não vingavam, dificilmente alguma criança morria.

O artesanato é uma tradição na comunidade e surgiu em função da necessidade de produzir utensílios necessários para vida cotidiana, como cuia para comer e pegar farinha no forno, balaio para carregar as mandiocas e outros produtos da roça. Com o passar do tempo, a técnica foi se desenvolvendo e se qualificando, sendo criadas então peças de artesanato para decorar e colorir os ambientes das casas. Mais recentemente, esses produtos passaram a ser vendidos na Casa de Artesanato coletiva da comunidade. Além dessa Casa, existem outras lojas na comunidade que são produção familiares.

As construções das casas também eram feitas em regime de mutirão, todas de pau a pique, chão batido, telhado de palha de sapê. Utilizava matéria-prima local, extraída da natureza, de acordo com a lua e a época do ano, e na quantidade correta que se deve tirar sem agredir a natureza. Esses também são costumes e práticas que são passados de pai para filho.

O acesso à cidade era bem difícil, levando quatro horas e meia para ir e mais quatro horas e meia para voltar de trilha e, muitas vezes, passando pelo rio. A

ida à cidade era basicamente para trocar farinha de mandioca, milho e banana por sal para temperar os alimentos, querosene para iluminar a noite e sabão para lavar as roupas, pois os outros produtos para alimentação já existiam na roça. Dessa maneira, a comunidade foi crescendo e vivendo em liberdade com suas práticas culturais como Folia de Reis, Chiba, Samba, Carnaval e a prática espiritual da Umbanda.

Nos anos 1970, a construção da Rodovia Rio-Santos corta a comunidade sem avisar nem pedir licença, trazendo, então, vários conflitos e dificuldades. Muitos impactos vieram com a BR-101, dentre eles pessoas que começaram a aparecer na comunidade dizendo ser netos dos fazendeiros que tinham ido embora e abandonado a fazenda, diziam que os moradores teriam que sair dali ou trabalhar para eles.

A partir daí, os mais velhos tiveram que se organizar para provar que essas terras eram deles e que existia uma história de vida e integração com a natureza. Foi necessário buscar recursos para pagar custas de advogado, na busca da comprovação de que o território era da comunidade. Vários homens saíram da comunidade para trabalhar embarcados no Rio de Janeiro, pescar ou roçar bananais em Santos. Outra forma também encontrada foi produzir muita farinha para vender.

Houve um grande esforço coletivo para o pagamento dos advogados que diziam cuidar do caso. Mas no fim das contas, acontecia muito descaso, sumiam com o dinheiro e não davam nenhum retorno a comunidade.

Apesar das dificuldades, a comunidade persistiu em sua luta e, no dia 21 de março de 1999, Dia Internacional da Luta pela Eliminação da Discriminação Racial, recebeu o título da terra que tanto lutou, tendo sido o primeiro quilombo do Estado do Rio de Janeiro a ser titulado. Nessa época, a governadora em exercício, Benedita da Silva, oriunda do movimento negro, contribuiu muito para esse ato.

Foram titulados 287 hectares de terra. Os mais antigos contam que o território original era bem maior, mas frente à dificuldade de demarcação, naquele momento, a comunidade optou por titular o território que estava intacto, sem nenhum conflito.

Desde a titulação e seguindo a tradição, a comunidade se organizou com o objetivo de gerar renda a partir de trabalho local, para que os moradores pudessem se manter sem ter que trabalhar fora e, dessa forma, manter e resgatar sua cultura e garantir o repasse desse conhecimento para seus filhos e netos, o que não seria possível de outra maneira. Hoje somos 120 famílias, 550 moradores e a metade são crianças e jovens, distribuídos em 13 núcleos familiares.

Há um restaurante comunitário que tem como princípio a economia solidária. Trabalhamos com alguns produtos agroecológicos que vêm dos sistemas de plantio agroflorestais chamados SAFs, plantadas pelos agricultores do Quilombo e em outros territórios tradicionais dos municípios de Paraty e Ubatuba. Os pescados também são comprados dos pescadores que vivem em comunidades caiçaras e regiões costeiras. Dessa forma, acreditamos que todos possam se manter em seus territórios de origem alimentando e valorizando seu modo de vida local. Os pratos servidos no restaurante do Quilombo foram elaborados a partir de um casamento de paladares e tradições.

Com uma culinária típica, o restaurante do quilombo vem sendo reconhecido por grandes guias e chefs da culinária brasileira, fazendo-o uma referência com combinações de sabores deliciosos. Esse empreendimento comunitário tem o grande desafio de ser um modelo de gestão participativa, sem um dono ou chefe que o comande. Por isso, torna-se bem mais difícil do que os empreendimentos comuns com um caráter capitalista, em que o único resultado é o lucro.

Nosso restaurante tem uma visão participativa, com o princípio de integrar e qualificar os integrantes desse processo, para que eles se vejam protagonistas de seu próprio negócio e com posicionamento político frente às várias questões de nosso município e estado, como a especulação imobiliária.

Outra atividade desenvolvida é o turismo de base comunitária, que vem reunindo as potencialidades culturais da comunidade, mostrando suas práticas e saberes a quem vem nos visitar. Esse modelo de turismo é o que mais se adequa ao nosso modo de vida, sem agredir e mudar os hábitos locais. Esse conceito tem como base o envolvimento comunitário, a qualidade ambiental e a gestão participativa, contribuindo para que os quilombolas possam viver em harmonia com a natureza, gerando renda e emprego, de forma que possamos repassar nosso conhecimento para as próximas gerações, resistindo com nossa cultura e qualidade de vida, sendo os próprios quilombolas protagonistas de sua história.

O roteiro é organizado e agenciado pela comunidade, tendo duração aproximada de três horas e contém a “contação" de história com os mais velhos da comunidade, os chamados griôs (detentores da história). Acreditamos que essa é a parte mais rica, pois é o momento em que os visitantes têm a oportunidade de ouvir e vivenciar a história de luta e de resistência, de quem vive ou viveu, na prática, essas narrativas que não são contadas nos livros.

Há visita também ao viveiro de mudas agroflorestal. No local, são originadas as mudas que vão para os sistemas de plantio, em forma de mutirão. Elas são produzidas pelos mais velhos, por mulheres, homens, crianças e jovens, todos

aprendendo e trocando conhecimento na prática.

O roteiro inclui ainda visita aos núcleos familiares, casa de farinha e casa de artesanato. Ferramenta de luta pela garantia e permanência no território, esse conceito de turismo vem crescendo em vários países, permitindo a visibilidade aos movimentos e práticas culturais no cotidiano das comunidades tradicionais, respeitando seu tempo e valores.

Em 2007, nasce o Fórum de Comunidades Tradicionais, englobando os Indígenas Guaranis, Quilombolas e Caiçaras dos municípios de Angra dos Reis (RJ), Paraty (RJ) e Ubatuba (SP), com intuito de fortalecer as lutas que nos são comuns, a garantia pela permanência em nossos territórios, contra a especulação imobiliária, contra o turismo de massa e pela melhoria das políticas públicas.

Esse movimento vem crescendo e se fortalecendo pela militância diária que fazemos, pautando sempre os órgãos ambientais que se sobrepõem a muitos desses territórios, buscando alternativas de geração de renda sem agredir o meio ambiente e nosso modo de vida, valorizando as alternativas de turismo de base comunitária, permacultura, sistemas agroflorestais, coleta do fruto da palmeira Juçara para extração da polpa e a pesca artesanal.

Uma parceria muito importante que construímos ao longo desses anos foi com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), porque juntos criamos o Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis da Bocaina (OTSS). Com sua sede em Paraty, possibilita a construção de vários projetos que fortalecem a autonomia das comunidades, com várias frentes de trabalho, em que contratados comunitários e técnicos, juntos, trocam e compartilham conhecimento.

A PNSIPCFA na comunidade

A saúde da população negra, das populações do campo, da floresta e das águas, neste caso de uma comunidade quilombola, vem sendo trabalhada mais articuladamente desde a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, por meio da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, e da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), que foi instituída pela Portaria nº 2.866/2011.

Essa conquista dentro SUS surge como resposta às desigualdades das condições de vida e saúde das populações, com base no reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, de que resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos da história do país.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2013) traz informações e análises discriminadas segundo raça, cor e etnia, enfocando assistência pré-natal, tipo de parto, baixo peso ao nascer, atém dos dados referentes ao nascimento, incluindo morbimortalidade materno-infantil, em âmbito nacional e regional.

A política reuniu as principais doenças e os agravos prevalentes na população negra nas seguintes categorias: a) geneticamente determinados – doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; b) adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/Aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e c) evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão, diabetes melitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses.

Atualmente, existe um posto de saúde na comunidade que atua por meio da Estratégia da Saúde da Familia (ESF), que contempla atenção básica.

O ESF do Campinho é uma sub-unidade do ESF do Patrimônio, que é a unidade central da ESF nesta região. Além da subunidade do Campinho existe também o ESF do Cabral. A equipe da ESF que atende a região é composta por um médico, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS).

Apenas os ACS's são específicos para cada comunidade, os outros profissionais atendem as três unidades. Cada equipe cobre também moradores de comunidades vizinhas que não possuem PSF. Por exemplo, a equipe de PSF do Campinho contempla também moradores de Pedras Azuis e Córrego dos Micos. Por isso, os profissionais se dividem em escalas para buscar atender a região.

A situação atual é de atendimento do médico na ESF do Campinho uma vez por semana. O enfermeiro também atende no mesmo dia do médico e mais um dia da semana de 15 em 15 dias. Além do atendimento de consultas, existem outras atividades nos outros dias da semana, como vacinação, coleta de preventivo, coleta para exames de sangue, urina e fezes, entre outras.

Metodologia

A pesquisa foi realizada por dois pesquisadores, um pesquisador comunitário e outro pesquisador acadêmico, com apoio do Observatório de Territórios

Sustentáveis e Saudáveis da Bocaina (OTSS).

Inicialmente, houve uma oficina de planejamento com as lideranças da Comunidade Quilombola do Campinho, lideranças indígenas, pesquisadores do Observatório Territórios Sustentáveis e Saudáveis da Bocaina, e representantes da Assessoria de Gestão Estratégica e Participativa/Grupo da Terra/Humanização da SES/RJ, SMS/Paraty (RJ), INCA, VPAAPS/Fiocruz, Obteia/Nesp (UnB), Fiocruz Ceará e Departamento de Apoio à Gestão Participativa, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde (Dagep/SGEP/MS). Nessa oficina, foi pactuado o plano de trabalho da pesquisa. O trabalho de campo teve início no mês de abril de 2015 e foi concluído no mês de setembro de 2015.

Foi realizada observação participante, revisão bibliográfica, entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, grupos focais, levantamento de dados secundários e registro de narrativas orais. Os achados quali-quantitativos foram triangulados para a análise.

1) Entrevista com informantes-chave do SUS

Foram entrevistados profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) atuantes na comunidade (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde) e outros informantes-chave (Secretário Municipal de Saúde e o Presidente da Associação de Moradores do Quilombo do Campinho – AMOQC).

As entrevistas utilizaram o roteiro de perguntas previamente estabelecidas pelo Obteia e outras criadas pelas pesquisadoras, a partir da realidade local. As perguntas utilizadas foram:

- Quais são as necessidades e as condições de saúde das populações do estudo? (Acesso a dados e levantamentos).
- Há alguma ação específica dentro do SUS orientada para população negra? Descreva os desafios para o acesso à saúde pelas populações do campo, da floresta e das águas, considerando os determinantes socioambientais locais.
- Avalie que condições levam as populações a não terem acesso à saúde.
- Que ações podem contribuir para a organização do SUS no município?
- De que maneira políticas "externas" podem influenciar positivamente ou negativamente na gestão local do SUS?

2) Levantamento de dados secundários de saúde

Nesta etapa, buscou-se informações quantitativas e qualitativas com relação à saúde dos moradores da comunidade. Muitas vezes, não foi possível acessar o dado específico da comunidade, por isso registrou-se o dado do município como um todo. Foram levantados dados registrados pelo ACS, informações referentes à comunidade registradas do sistema eletrônico utilizado pela ESF, informações registradas na Vigilância epidemiológica e Vigilância Ambiental (dados de qualidade da água), que estão inseridas na Vigilância da Saúde. Além disso, também foram utilizados dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e do Datasus.

3) Grupos focais na comunidade

Foram realizadas rodas de conversa em grupos pré-organizados dentro da comunidade para se levantar o que ameaça a saúde e o que promove a saúde no território. Essa fase da pesquisa ainda está em andamento, pois existem outro grupo a ser pesquisado. Até o presente momento foram pesquisados um grupo de professores da Escola Municipal Campinho e um grupo de pais que já se reúnem com certa frequência para discutir sobre educação diferenciada.

4) Registro de narrativas orais

Foi registrada a metanarrativa da pesquisadora comunitária, que buscou sintetizar as histórias orais transmitidas pelos griôs sobre a comunidade e vivenciadas por ela.

Resultados

A primeira etapa do trabalho, essencialmente qualitativa, procurou caracterizar a situação do acesso à saúde e suas principais dificuldades, bem como as condições e as necessidades de saúde da comunidade com base nos relatos de participantes-chave do SUS no território do quilombo do Campinho.

A seguir, é apresentado o quadro construído a partir das condições e das necessidades de saúde relatadas na primeira etapa do trabalho.

Quadro 1: Condições e Necessidades de Saúde

Condições de saúde	Necessidades de Saúde
Registro de muitos casos de hipertensos e diabéticos.	Conscientização da saúde como psíquico, físico e social.
Relato de casos de doenças de veiculação hídrica (verminoses, diarréia, micoses de pele).	Orientação sobre as doenças mais frequentes, relacionando as mesmas com a alimentação, trabalho, falta de atividades físicas.
Problemas de coluna relacionados ao trabalho pesado sem orientação corporal.	Relação entre saúde e educação ser trabalhada em conjunto dentro das atividades pedagógicas.
Crianças saudáveis.	Apoio do poder público para fortalecer as atividades esportivas orientadas para a juventude.
Falta de medicamentos – chega quantidade muito alta de medicamentos que não são tão solicitados e faltam medicamentos essenciais.	Que a unidade de saúde venha a trabalhar os valores socioculturais da saúde.
Levas de medicamentos que chegam vencidos.	Prática de uma atividade interdisciplinar envolvendo a ESF e a Escola fortalecendo as atividades que já existem dentro da comunidade, como o viveiro de mudas a agrofloresta e as hortas.
Falta de algumas vacinas que faltam no âmbito estadual.	Orientação das crianças durante o recreio em atividades diversas.
A atenção básica existe, porém deve ser complementada com mais profissionais específicos.	Monitoramento mais efetivo da secretaria estadual de saúde ou do órgão competente no controle dos medicamentos, com relação à demanda de cada medicamento e logística.
Muitos usuários de álcool e outras drogas, já que não existe estratégia a fim de aproximar esses usuários da ESF para conscientização e tratamento adequado.	Viabilizar políticas específicas para a população quilombola.
	Efetivação dos sistemas de tratamento de água e de esgoto.

Fonte: Acervo da pesquisa

A segunda etapa, essencialmente quantitativa, buscou associar aos relatos, pesquisas e entrevistas realizadas na primeira fase, as informações disponíveis nas bases de dados oficiais. Porém, houve muita dificuldade para conseguir dados específicos de indicadores de saúde da comunidade do Campinho.

Os resultados disponíveis no Datasus e no site da Secretaria Estadual de Saúde estão consolidados para o município e não são desagregados por comunidades. A ESF registra os dados entregues pelos postos, que envolvem as planilhas de acompanhamento dos ACS. Porém, o acesso ao sistema, aos dados específicos por comunidade e a dados antigos é difícil. Apesar disso, foi possível criar alguns indicadores com base em dados que foram acessados, e que podem contribuir para a pesquisa e para a implementação da política. A seguir são listados alguns deses indicadores e as fontes dos dados. Foram escolhidos alguns dos mais representativos.

1) Qualidade da água

Cinco amostras foram coletadas entre agosto de 2014 e maio de 2015, pela VigiÁgua, setor de vigilância da água, parte da Vigilância Sanitária do município, que realiza coletas temporais nas captações/redes de água da zona rural e costeira do município. A análise das amostras apontou presença de coliformes fecais e Escherichia coli. Nesse relatório, não foram apresentadas as quantidades das bactérias, apenas presença e ausência (Fonte: Relatório do VigiÁgua, SMS-PMP.)

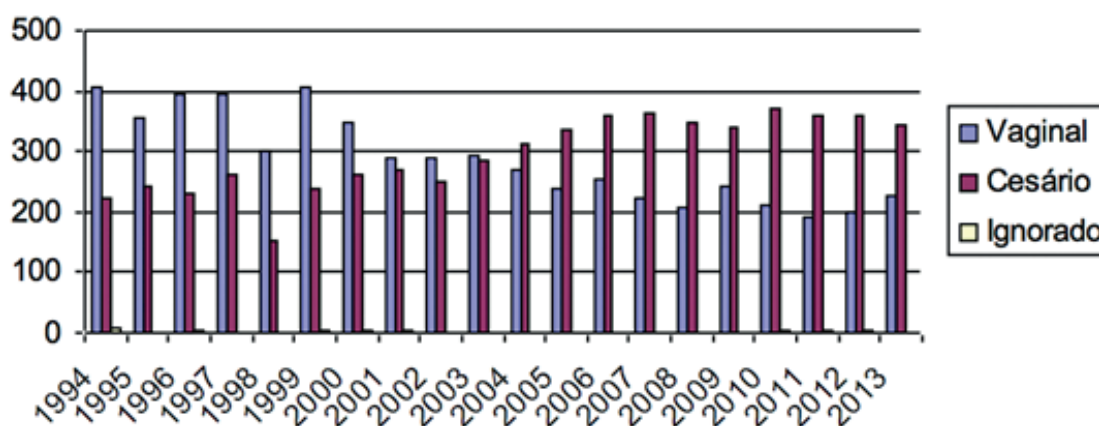
2) Acompanhamento de Gestantes

Todas as gestantes cadastradas pela unidade de saúde da comunidade entre agosto de 2014 e abril de 2015 foram acompanhadas.

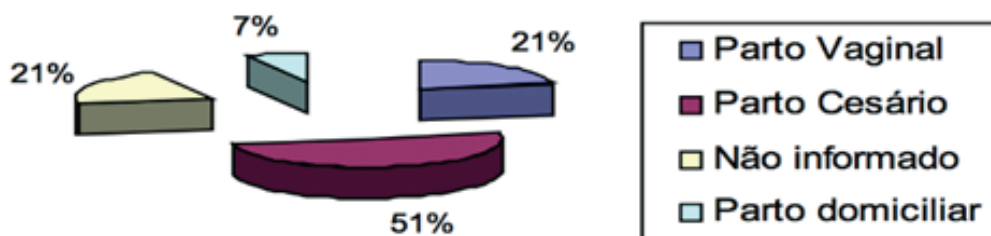
Os dados de cobertura vacinal de gestantes foram encontrados apenas para os meses de 2015, cobrindo a totalidade de gestantes cadastradas e acompanhadas. (Fonte: Dados da ESF)

3) Tipo de Parto

Com relação ao tipo de parto, observou-se que no município, entre os anos de 1994 e 2003, as taxas de parto vaginal foram maiores que a taxa de parto cesáreo. A partir do ano de 2004, o cenário se inverteu, a taxa de parto cesáreo torna-se maior que a de parto normal até o término dos dados em 2013.

Figura 2: Gráfico com a série histórica do número absoluto de partos no município de Paraty/RJ entre os anos 1994 a 2013.

Fonte: Vigilância Epidemiológica da Vigilância Sanitária do Município de Paraty

Como não foram encontrados dados específicos do tipo de parto da comunidade do quilombo do Campinho, foi feito um levantamento pela pesquisadora comunitária entre os anos de 2011 e 2014, constatando que a taxa de parto cesáreo foi maior que a taxa de parto normal.

Figura 3: Gráfico com a soma do tipo de parto no Quilombo do Campinho, municipio de Paraty/RJ entre os anos de 2011 a 2014.

Fonte: Levantamento das pesquisadoras

4) Cobertura Vacinal Infantil

A cobertura vacinal entre crianças de zero meses a dois anos de idade apresentou resultado satisfatório entre agosto de 2014 e abril de 2015, com uma cobertura de quase a totalidade das crianças nessa faixa etária (Fonte: Dados do ESF)

5) Hipertensos e Diabéticos

Segundo relatos da Equipe de Saúde da Família, foi registrado um alto número de hipertensos e diabéticos pelo ESF entre os meses de agosto de 2014 e maio de 2015 e sendo também uma preocupação frequente como condição

de saúde relatada nas outras duas etapas. O acompanhamento dessas pessoas tem sido frequente pela ESF, relatado para o mesmo período.

Resultados da terceira etapa – oficinas na comunidade

Com relação aos resultados referenciais para a questão central da pesquisa, foram levantados fatores que ameaçam a saúde e os que a promovem dentro da comunidade, com base em grupos focais: grupo de Professores da Escola Municipal Campinho; grupo de pais que se reúnem para discutir educação das crianças e dos jovens na comunidade; e grupo de lideranças que participaram da oficina de planejamento da pesquisa.

Figura 4: Registro fotográfico de atividades da comunidade

Fonte: Acervo da comunidade do Quilombo do Campinho

Quadro 2: O que promove a saúde na comunidade?

O que ameaça as comunidades	
Saúde Quilombola	• Falta de implementação de políticas públicas que respeitem a questão da raça e o modo de vida tradicional (Eixo 1). • Influência das políticas externas nas escolhas dos profissionais. • Inadequação dos sistemas de abastecimento de água (Qualidade da água comprometida) e tratamento de esgoto (Eixo 2). • Desorganização do SUS com relação à criação e ao acesso aos bancos de dados. • Desvio de função do ACS (área descoberta com frequência). • Falta de incentivo do poder público em fortalecer o controle social Eixo 3).
Saúde e Território	• Pressão pela especulação imobiliária (Eixo 5). • Necessidade de recuperação/ampliação do território quilombola (Eixo 6).
Saúde da Mulher	• Taxa de parto cesáreo maior que parto normal (Eixo 1). • Escassez de profissionais na rede municipal e atividades que incentivem o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, o parto normal e outros programas que respeitem a saúde da mulher negra. (Eixo 4).
Saúde dos Jovens e das Crianças	• Inexistência de educação diferenciada para a comunidade quilombola (Eixo 3). • Inexistência do ensino para o 2° segmento do ensino fundamental e do ensino médio na comunidade. • Ausência de sistema de referência para encaminhamento de crianças com problemas de aprendizagem (psicólogo, dentista, oftalmologista) (Eixo 4). Inexistência de acompanhamento médico (pediátrico) regular das crianças (prevenção) (Eixo 4). • Ausência de estratégia a fim de aproximar os usuários de álcool e de outras drogas do ESF para conscientização e tratamento adequado, assim como para prevenção do uso de álcool e de outras substâncias químicas por meio de informação, em especial para os jovens (Eixo 1). • Falta de apoio do poder público para integração dos jovens em atividades esportivas, socioculturais e comunitárias.

Fonte: Acervo da pesquisa

a) O que dificulta o acesso à saúde no quilombo do Campinho?
b) Quais ações podem contribuir para organização do SUS no município?

- Comunicação interna das unidades de saúde e outras estruturas do SUS/ transporte informatização da ponta.
- Abordagem da saúde diferenciada em função das características socioculturais e ambientais.
- Abordagem da saúde diferenciada em função das características

socioculturais e ambientais.

- Autonomia das unidades de saúde para as ações específicas; maior interação do ESF com o programa de assistência farmacêutica.
- Capacitação dos profissionais para trabalhar em territórios de comunidades tradicionais.
- Garantia de acesso e estabilidade na contratação dos profissionais para efetividade dos trabalhos desenvolvidos pelo ESF.
- Normatização e fiscalização com relação ao sistema de referência e contrarreferência, assim como a efetivação do processo.
- Melhoria do acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos ACS.
- Exigência de especialidade na saúde para ocupar cargos de gestão, como por exemplo, secretários de saúde.
- Transparência nos concursos públicos.
- Interlocução entre os programas internos municipais voltados a saúde e entre secretarias municipais envolvidas com a saúde Ampliação e adequação da equipe da ESF.
- Ampliação do Posto de Saúde para implementação de uma sala odontológica.
- Articulação entre a organização comunitária (AMOQC) e a equipe do ESF.
- Trabalho em rede através do contato e trocas de experiências com outras unidades.
- Levar para sala de aula o fomento da cultura local ligada a saúde.
- Ter acesso aos programas, cadastrar, receber o recurso e passar para chegar até a ponta.

Quadro 3: O que promove a saúde na comunidade

O que promove a saúde na comunidade?
• Território titulado • Organização comunitária • A distribuição da comunidade em núcleos familiares • Artesanato • Jongo • Parcerias com universidades e outras instituições • Grupo de samba • Grupo de hip-hop • Uso das ervas medicinais • Viveiro comunitário • Restaurante comunitário

Fonte: Acervo da pesquisa

Discussão

Com base nos resultados encontrados, analisa-se a situação do acesso aos serviços e das necessidades e condições de saúde; o que promove ou ameaça a saúde da comunidade do Quilombo do Campinho e seu contexto nos eixos do plano operativo da PNSIPCFA – 2012/2015.

O Eixo 1, acesso das populações do campo, da floresta e das águas em atenção à saúde, tem como objetivo principal tratar dos mecanismos gerenciais e de planejamento para a promoção da equidade em saúde.

As informações indicam que existem poucas estratégias para a promoção de equidade. A atenção básica existe, mas é insuficiente e há especificidades que precisam ser trabalhadas e fomentadas dentro da Unidade de Saúde, como a conscientização por parte dos profissionais de que estão atuando numa comunidade quilombola, que por ser uma comunidade tradicional requer uma abordagem da saúde diferenciada em função das características socioculturais e ambientais.

Nesse sentido, foi criada a portaria nº 90/2008 que atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos por município, para cálculo do teto de Equipes de Saúde da Família, modalidade I e de Equipes de Saúde Bucal da ESF. Porém, não há informações se o município tem acessado esse recurso.

Há condições inadequadas para o desenvolvimento do trabalho do ACS (meio de transporte, comunicação, protetor solar), recursos que não são fornecidos pelo SUS, e que muito podem contribuir para o trabalho da ponta fazer uma boa cobertura. Além disso, há o desvio de função do ACS, que por vezes são recrutados para ocupar outras funções, deixando a área de atuação descoberta. Essa questão é muito importante, visto que o ACS é a porta de entrada no SUS, e a profissional-chave para que a ESF seja efetiva.

Também há dificuldade de acesso a serviços oferecidos pelo SUS fora da ESF (ultrassonografia, mamografia, ressonância, entre outros), principalmente em outros municípios, por causa da dificuldade do transporte na zona rural (Tratamento Fora do Domicílio –TFD).

Outra questão abordada pelo Eixo 1 é a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) a partir da Lei nº 10.216 /2002. No município de Paraty existe um Caps localizado num bairro central, porém há necessidade desse serviço ser ampliado para regiões rurais e mais afastadas, considerando os achados desta pesquisa que apontaram como ameaça à saúde muitos usuários

de álcool e de outras drogas.

O Eixo 2, ações de promoção e vigilância em saúde às populações do campo, da floresta e das águas, trata de ações para redução dos fatores de risco e de agravos decorrentes do processo de trabalho, destacando intoxicações por agrotóxicos. Inclui também desenvolvimento de ações de saneamento ambiental.

Com os resultados deste trabalho, observou-se que problemas frequentes decorrentes de trabalho braçal pesado e de esforço repetitivo sem orientação prévia, ocasionam muitos problemas ergonômicos, e não existem ações de saúde no município para tratar dessas questões.

Em relação ao saneamento ambiental, faz-se necessário a adequação dos sistemas de tratamento de água e de esgoto, sendo uma das ameaças à saúde relatadas pela comunidade, já que, em 2007, foi firmada uma parceria entre a Fundação Nacional da Saúde (Funasa) e a Associação de Moradores do Quilombo Campinho da Independência (AMOQC), com o objetivo de instalar um sistema de abastecimento e de tratamento de água e de esgoto. Porém, conforme já relatado anteriormente neste texto, o sistema foi construído, mas nunca foi operado.

Eixo 3, educação permanente e educação popular em saúde com foco nas populações do campo, da floresta e das águas, trata da educação permanente das equipes de saúde e da educação popular com objetivo de promover a integração de saberes e práticas, de pesquisas e projetos de extensão, e de educação permanente para controle social e qualificação da gestão descentralizada e participativa do SUS.

Existem algumas ações de capacitação para os profissionais da ESF no município, mas não foram identificadas nesta pesquisa quais são. Entretanto, verificou-se que não há nenhuma capacitação específica para se trabalhar em comunidades quilombolas. Apesar disso, há ações de educação em saúde do posto voltadas para grupos de gestante e de tabagismo. Muitas precisam ser melhoradas e ampliadas, com maior articulação entre controle social e ESF. Outra iniciativa interessante que vêm se consolidando é uma horta medicinal que está sendo feita por iniciativa de um profissional do ESF, a escola do Quilombo e a comunidade. Essa é uma ação que pode ser potencializada com apoio do poder público para que se consolide.

A precarização dos vínculos de trabalho, situação comum dentro dos ESFs, inviabiliza a continuidade de bons trabalhos que são iniciados. Geralmente, os contratos dos profissionais são de dois anos, e ao longo desse tempo, são oferecidas algumas iniciativas de capacitação, que acabam ficando sem continuidade por causa da falta de estabilidade da equipe. Além disso, enfraquece a proposta

da atenção básica, que é estar o mais próximo possível das necessidades e tentar supri-las, pois não há estabilidade dos profissionais, que, muitas vezes, demoram a construir um laço com a comunidade, e, posteriormente, precisam deixar seus cargos por vencimento dos contratos.

Eixo 4, monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde às populações do campo, da floresta e das águas, trata de indicadores referentes à morbimortalidade e acesso das populações em atenção integral à saúde, incluindo: a estratégia da saúde da família; as ações de atenção voltadas à criança, ao/à adolescente, ao/à jovem, à mulher, ao homem, ao/à idoso,/a ao/à trabalhador/a e à saúde bucal; ao controle de doenças; e à promoção da saúde (alimentação saudável, redução do uso abusivo de álcool, tabagismo, outras drogas e violências).

Conforme descrito nos resultados, a atenção básica existe dentro da comunidade. Porém, necessita ser ampliada e interagir com outras políticas públicas, como, por exemplo, educação e saneamento básico. Buscou-se relacionar o contexto de saúde da comunidade, conforme também descrito a nos resultados em: saúde quilombola, saúde da mulher, saúde da criança e do jovem e saúde e território.

Houve muita dificuldade de acesso ao sistema de informações da Secretaria Municipal de Saúde, que além disso estão disponíveis de maneira desorganizada nos setores. Além da desorganização dos dados, apenas números recentes estão disponíveis, e há uma dificuldade grande na análise da situação por comunidade específica, o que seria necessário para um trabalho efetivo de monitoramento.

Considerações finais

A pesquisa realizada foi de extrema importância, em especial da maneira como foi conduzida, valorizando o pesquisador comunitário e o colocando como protagonista, permitindo compartilhar na prática conhecimentos entre o pesquisador acadêmico e o pesquisador comunitário. O processo de desenvolvimento da pesquisa também foi bem dinâmico por buscar um conceito amplo de saúde, deixando os entrevistados e os grupos pesquisados bem à vontade para passarem sua visão sobre saúde.

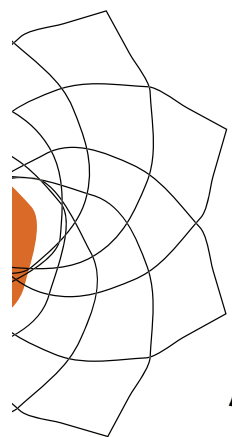
Um resultado importante do trabalho foi a própria disseminação de conhecimento da PNSIPCFA, tanto para profissionais de saúde e gestores, quanto para os comunitários, consolidando o reconhecimento das dificuldades de acesso à saúde dessas populações e sua relação com seus determinantes socioambientais. Além disso, reconhece e valoriza os saberes e as práticas das comunidades

tradicionais como contribuintes para promoção da saúde nos territórios, decorrentes do seu modo de vida.

A saúde das populações do campo, da floresta e das águas tem sido debatida há muitos anos pelos movimentos, sendo essas discussões legitimadas na criação do SUS e de políticas públicas específicas para as comunidades. Porém, conforme relatado, o grande desafio é fazer chegar esses avanços na ponta, com a implementação, desde seus mecanismos de gestão até a qualificação das equipes

Conclui-se, assim, que para a implementação da política, faz-se necessário um olhar do contexto da PNSIPCFA no território e suas interfaces com parcerias, projetos e outros projetos já existentes. Já existem ações e parcerias concretas como o Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis da Bocaína (OTSS), parceria entre o Fórum de Comunidades Tradicionais, a Fiocruz e Funasa, parcerias com Universidades (projetos de pesquisa e outros programas), com a Coordenação Nacional das Comunidades Negras Rurais e Quilombolas (Conaq) e a Associação de Quilombos do Estado do Rio de Janeiro (Aquilerj).

Outras ações importantes que já estão sendo implantadas na comunidade são o Programa Saúde na Escola e o projeto BNDES para turismo de base comunitária e agroecologia.Também identificou-se que outras políticas específicas existem, mas não são acessadas ainda pela comunidade e/ou município: Programa Farmácia Viva; Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; e Política de Saúde Integral da População Negra.

Finalmente, destaca-se a importância dada ao território como espaço de produção da saúde, da organização comunitária como meio de garantia de seus direitos e do modo de vida da comunidade como promotor de relações sociais solidárias voltadas para o bem viver.

CAPÍTULO 15

A conquista da terra e o acesso à saúde pública em Nova Santa Rita (RS): lutas coletivas

Idiana Rita Luvison
Isabela Maria Lisboa Blumm
José Carlos de Almeida
Rosana Kirsch
Gislei Siqueira Knierim

Não quero ser dependente de remédio químico, o que cura é a terra boa, a natureza. Temos que fazer o contraponto a este veneno que é o remédio químico: esta é uma bandeira de nossa luta.

Jura, assentada do Itapuy/MST, Nova Santa Rita

Com o intuito de conhecer melhor a realidade de saúde no campo, na floresta e nas águas, o Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade de Brasília (UnB) e com os movimentos sociais, representados pelo Grupo da Terra, desenvolveu uma pesquisa em nove territórios do país. Assim, os movimentos sociais indicaram os locais que poderiam ser pesquisados.

No Rio Grande do Sul (RS), o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) indicou que a pesquisa ocorresse no município de Nova Santa Rita, território em que estão localizados quatro assentamentos. A proposta estava em conhecer a experiência de implantação de uma Unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Assentamento Santa Rita de Cássia II, que foi fruto de intensa mobilização das/os assentadas/os: a ESF Marisa Lourenço da Silva.

Antes de apresentar a pesquisa propriamente e seus resultados, vamos contextualizar, apresentando o MST e sua luta pelo direito à saúde e como foi a conquista da terra no Assentamento Santa Rita de Cássia II.

Saúde: pauta de luta do MST

Para o MST, a saúde é uma condição de vida. Construir saúde é ter condições de trabalho, de qualidade de moradias, é ter energia elétrica, água potável, terra para plantar, alimentação saudável, acesso à educação. Portanto, saúde é cuidado como um todo: é o cuidado com os idosos, com as crianças, com a família, com a natureza. É a participação nos espaços comunitários, é a história, é a luta, são os desejos, os sonhos. Saúde é buscar que as pessoas tenham qualidade de vida.

No caderno de formação em saúde do MST Coletivo de Saúde e Gênero, encontramos:

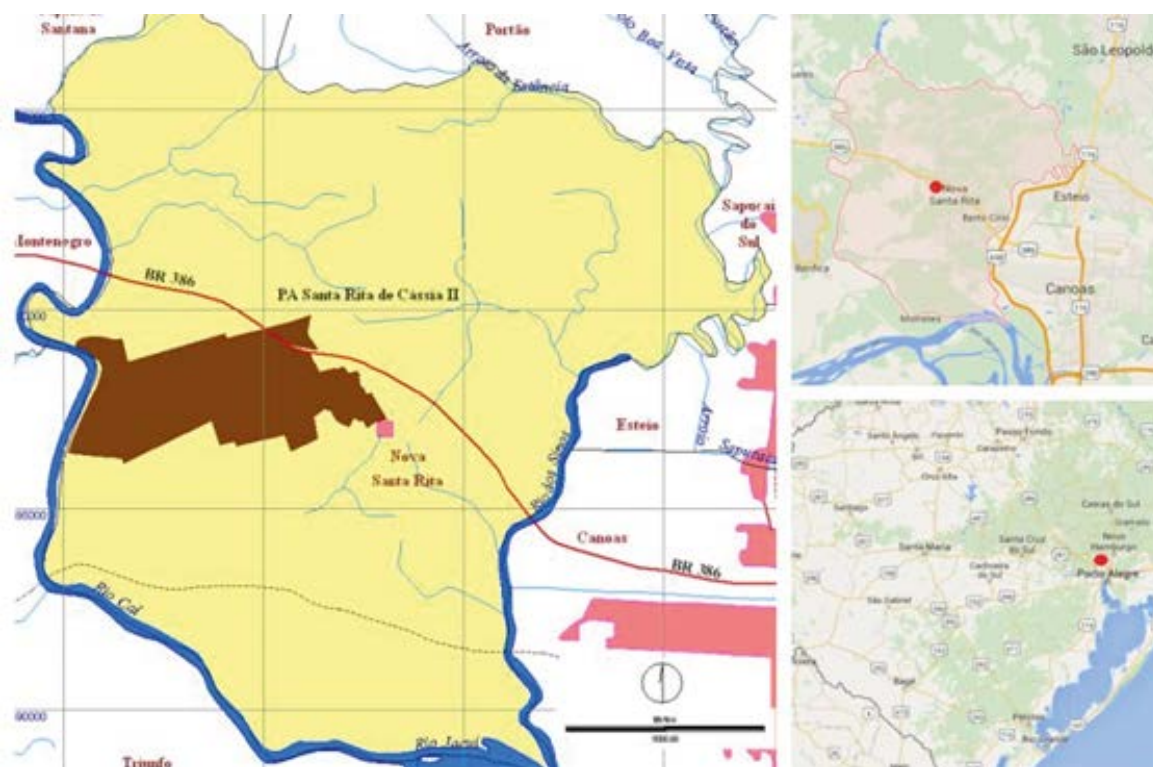
> A saúde precisa carregar e traduzir valores no cotidiano de suas práticas, que sejam coerentes com a formação do ser humano e da sociedade solidária, justas e humanitárias, pautadas na integridade e no respeito à etnia, diversidade sexual, cultural e na formação de novas relações de gênero. Assim a luta deste coletivo é a luta pela vida humana (MOVIMENTO..., 2007, p. 3).

Como podemos perceber, a organização dos serviços de saúde deve levar em consideração a realidade local das pessoas que residem numa determinada área. Assim, implantar Unidades de ESF próximas ao local de moradia e respeitando a organização das comunidades é a melhor maneira de levar ao campo acesso à saúde.

O direito à saúde é um direito humano e um dever do estado: assim, devemos buscar construir a saúde na perspectiva da integração coletiva e individual com o Sistema Único de Saúde (SUS), com o controle público e com a gestão participativa. Lutar pelo acesso à saúde é lutar pela vida, fortalecendo a educação, a cultura, a produção agroecológica, a solidariedade, o acesso ao lazer, ao esporte, bem como cuidar do ambiente e fortalecer a luta social no campo.

Conquista da terra, luta por saúde

O assentamento Santa Rita de Cássia II está localizado às margens da BR-386, KM 431, no perímetro urbano do município de Nova Santa Rita (RS). A BR-386 é o principal acesso do município, que se localiza ao Leste do Rio Grande do Sul, na região metropolitana de Porto Alegre, a uma distância cerca de 19 Km do centro.

Figura 1: Localização do assentamento Santa Rita de Cássia II, no município de Nova Santa Rita, na região e no estado do Rio Grande do Sul.

FONTE: à esquerda: Incra (2008). À direita: Disponível em <www.googlemaps.com>

No município de Nova Santa Rita, existem quatro assentamentos. Em 1994, foi implantado o primeiro. Todos eles, por meio da organização e da luta dos camponeses Sem Terra. No ano de 2005, conquistou-se o mais recente assentamento no município: o Assentamento Santa Rita de Cássia II. O primeiro momento de luta pela terra do local começou no dia 22 de abril de 2004. Cerca de 400 famílias da região metropolitana e da região norte do Estado, ocuparam o latifúndio conhecido como Fazenda Montepio. No mesmo dia, foram despejados pela Brigada Militar. Todavia, as famílias acreditaram no poder da luta coletiva, pensando que poderiam conquistar a terra. Então, montaram acampamento em frente à fazenda, às margens da BR-386. E ali permaneceram por um longo período, muitas vezes, passando por grandes dificuldades. Finalmente, em dezembro de 2005, conquistaram a terra.

O nome do assentamento representou a ligação das famílias assentadas com a Igreja católica, que apoia a luta pela terra. Santa Rita é a Padroeira do município de Nova Santa Rita. A data do decreto de criação do assentamento foi 20/10/2005, tendo como data de emissão de posse 14/12/2005.

A área total do assentamento é de 1.667,33 ha. Sua área requerida na lei

de Reserva Legal é de 332 ha – 20% do total. A área requerida na lei de Preservação Permanente é 73,68 ha – 4,43% do total e o restante dividido entre as famílias. Nessa terra conquistada, em 2006, foram assentadas 102 famílias. Cada família recebeu 12 hectares, assim divididos: 4 hectares para moradia e 8 hectares considerados terras baixas (várzeas), em que se produz arroz orgânico (ALMEIDA, 2011)[1].

Os quatro assentamentos de Nova Santa Rita têm várias coisas em comum, a organização é por meio de cooperativas, de associações comunitárias e de pequenos grupos de produção familiar. Nos assentamentos, são produzidos arroz orgânico, hortaliças, frutas, peixes e leite, entre outros produtos, que são comercializados por meio dos programas PAA e Pnae, feiras e venda diretas para consumo próprio.

Figura 2: Placa numa das entradas do assentamento

Fonte: foto Idiana Luvison

Os assentamentos de Nova Santa Rita resistem como força organizativa nas questões subjetivas da cultura, dos seus hábitos e costumes, mas também na produção agroecológica. Nos assentamentos há participação de toda a família nos processos produtivos, gerando autonomia e defesa do território conquistado pela luta organizada dos trabalhadores.

[1] Acesse a monografia de graduação em Geografia sobre o Assentamento Santa Rita de Cássia II elaborada pelo assentado José Carlos Almeida. Disponível em: <e.eita.org.br/josecarlos>. Acesso em: 20 ago. 2016.

A Conquista do Posto de Saúde

Em 29 de setembro de 2014, após mais de cem mutirões realizados e reuniões com a prefeitura de Nova Santa Rita, foi inaugurada a ESF Marisa Lourenço da Silva. O nome lembra a jovem acampada que faleceu no dia em que se conquistou a área em que hoje é o assentamento, atropelada na BR 386, que fica ao lado do assentamento.

Situada no Assentamento Santa Rita de Cássia II, a unidade conta com uma equipe da ESF, composta por um profissional do Programa Mais Médicos, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e quatro agentes comunitários. São beneficiadas 2,6 mil pessoas moradoras da estrada Alcides Amorim, das Granja Nenê e Porto da Figueira, e do assentamento do Sinos.

Para a festa de inauguração, a comunidade também se organizou e durante a mística apresentou um texto escrito pelo casal de assentados José Almeida e Graciela Almeida que conta a história de luta pela terra e por saúde.

> a) Aprendemos que um dos sentidos mais importantes da Reforma Agrária, é que as pessoas consigam ter uma vida digna, uma casa onde morar, uma terra para poder trabalhar e plantar e colher os frutos, uma vida em harmonia com a natureza e com grande responsabilidade de produzir alimentos saudáveis para nosso povo.
>
> b) Aprendemos que organizados somos mais fortes, que o mais importante é o interesse coletivo, que é imprescindível indignar-se perante a qualquer injustiça. Que ainda temos muitos desafios para percorrer, temos vontade de trabalhar, de crescer, mas também limitações que só serão superadas coletivamente.
>
> c) Aprendemos que ainda temos muitas cercas por romper. Não é o latifúndio, mas o agronegócio, é o individualismo, por isso a unidade é necessária e a diversidade é uma condição para seguir em frente.
>
> d) Compreendemos que as mudanças no campo não estão vinculadas, apenas à produção, mas acima de tudo o assentamento é um núcleo social onde vivem pessoas e desenvolvem um conjunto de atividades comunitárias, na esfera do lazer, da cultura da educação, da saúde. Portanto a unidade de saúde Marisa cumpre

> com a função de semear mudanças no campo. (JOSÉ ALMEIDA e GRACIELA ALMEIDA).

Nesse sentido, os mutirões de trabalho voluntário, realizados pelas famílias, são a marca da construção dessa estratégia de saúde. Foram mais de cem mutirões de trabalho voluntário realizados por diferentes pessoas. Essa é a principal herança que deixamos. Esse foi um grande sonho coletivo de crianças, jovens, homens e mulheres que lutaram e continuaram lutando por um presente mais digno e um futuro melhor para todos (ALMEIDA, 2015).

> Somos famílias sem-terra, fruto de um longo processo de lutas, ocupações latifúndios, marchas, somos pessoas do campo e na cidade. Fomos pacientes, não tivemos pressa, nunca tivemos nada, portanto aprendemos que só a luta garantirá os direitos dos trabalhadores e trabalhadoras. Por isso avançamos porque nunca paramos de lutar, muitas vezes colocando o próprio corpo humano como resistência contra agronegócio e as forças repressivas do Estado (GRAZIELA, assentada).

Figura 3: Registro de um dos mutirões de reforma da antiga sede do latifúndio.

Fonte: foto do arquivo pessoal de José de Almeida

Figura 4: Placa na entrada do assentamento com o prédio da ESF ao fundo.

Fonte: foto de Idiana Luvison

Em 29 de setembro de 2015, as comunidades assistidas pela ESF Marisa Lourenço da Silva comemoraram um ano da inauguração do Posto com uma grande festa, organizada pelos assentados. Essa festa foi notícia no jornal da cidade:

> Inaugurada em setembro de 2014, a primeira Unidade Básica de Saúde Rural do Município de Nova Santa Rita, completou seu primeiro ano de atividades. Situada no Assentamento Santa Rita de Cássia II, a unidade conta com uma equipe da ESF, composta por um profissional do programa mais médicos, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e dois agentes comunitários. São beneficiadas 2,6 mil pessoas moradores da estrada Alcides Amorim, Granja Nenê, e Porto da figueira, e do assentamento do Sinos. A área atendida pela Unidade possui 880 domicílios. Com maior parte da produção focada em hortaliças, os Assentados do Santa Rita de Cássia estão acostumados a promover saúde através de uma alimentação saudável e livre de agrotóxicos (JORNAL..., 2015, p. 5).

A pesquisa no Assentamento Santa Rita de Cássia II

A pesquisa realizada pelo Obteia nos territórios teve como objetivo geral a avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. No assentamento Santa Rita de Cássia II, o foco específico do território foi de sistematizar a luta e conquista da implantação da ESF Marisa Lourenço da Silva. No percurso da pesquisa, buscou-se conhecer a realidade de saúde do assentamento Santa Rita de Cássia II, a partir do que promove, do que ameaça a saúde e do que contribui para a organização do assentamento, em relação às questões de saúde, no sentido de assegurar o que foi conquistado e avançar em melhorias.

Metodologia

A pesquisa, desenvolvida de janeiro a junho de 2015, contou com um pesquisador popular morador do assentamento e uma pesquisadora acadêmica, com o apoio de uma pessoa do Obteia. Em dezembro de 2014, essa equipe se conheceu e fez uma primeira reunião para organizar a pesquisa com moradoras/es dos assentamentos[2]. Nessa reunião, foi definido um calendário de atividades. Nas atividades que se seguiram, nas oficinas sempre estiveram presentes assentadas/os do Santa Rita de Cássia II e do Itapuy. Também participaram as/os assentadas/os do Sinos e da Cooperativa de Produção Agropecuária Nova Santa Rita Ltda. (Coopam).

Foram realizadas entrevistas com a equipe da ESF, a prefeita e a secretária de saúde do município. Com os dados das oficinas e das entrevistas, contribuiu-se na elaboração de um documento do coletivo de saúde que foi encaminhado à prefeita de Nova Santa Rita. Havia, ainda, a intenção de realizar entrevistas com moradoras/es das comunidades urbanas que são beneficiárias da ESF e a realização de foto-entrevistas, previstas no Guia de Pesquisa, mas não se alcançou realizá-las.

Primeira oficina

Após a reunião com as lideranças, ficou definido um calendário e as tarefas de cada um, e o/as pesquisador/as organizaram a primeira oficina,

---

[2] Acesse os relatórios das reuniões ocorridas em 17 e 18 de dezembro de 2014. Disponível em: <e.eita.org.br/dez14>. Acesso em: 23 jan. 2015.

que aconteceu em janeiro de 2015[3]. A maioria das/os participantes dessa oficina havia participado intensivamente da luta pela implantação da ESF no assentamento. Essa primeira oficina tinha como objetivo apresentar a pesquisa às/aos moradoras/es dos assentamentos, como ela estava contextualizada dentro da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) e fazer um levantamento do que promove e do que ameaça a saúde no contexto de vida do assentamento.

Figura 5: Participantes da primeira oficina.

Fonte: Acervo da pesquisa

Nessa oficina, estiveram presentes assentadas/os do Santa Rita de Cássia II, do Itapuy e da Coopam, integrantes do Comitê Estadual da PNSIPCFA, representante do Grupo da Terra/MST Nacional, do Departamento de Apoio à Gestão Participativa do Ministério da Saúde e da Cooperativa de Prestação de Serviços Técnicos (COPTEC).

Para identificar o que promove e o que ameaça a saúde nos assentamentos, as/os participantes da oficina se dividiram em grupos e, além dessas duas questões, também conversaram sobre o que foi mais importante para a conquista da ESF.

---

[3] Acesse o relatório da oficina realizada no dia 23 de janeiro de 2015. Disponível em: <e.eita.org.br/jan15>. Acesso em: 23 jan. 2015.

a) O que promove a saúde

Dentre as questões apresentadas pelas/os assentadas/os estão: ter moradia digna com fossa; ter horta em casa; o programa Mais Médicos, que alocou um médico cubano para a ESF; o fácil acesso à ESF; programas e políticas que favorecem as/os agricultoras/es como o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae); trabalhar com agroecologia; o trabalho em forma de cooperação; ter um ambiente saudável e preservado pela comunidade; o contato com a natureza; a alimentação orgânica; a organização local; ser dono da terra em que se trabalha; ter momentos coletivos: compartilhar e conversar com vizinhos; festas coletivas; as crianças poderem brincar ao ar livre; e ter um Conselho Municipal de Saúde atuante.

b) O que ameaça a saúde

No levantamento das ameaças à saúde, indicou-se: agrotóxicos usados pelos vizinhos; poluição causada pelas indústrias próximas: Pólo Petroquímico e Bereta; lixão próximo que contamina a água, as plantações e a piscicultura; má-qualidade da água dos poços artesianos; trabalho exaustivo na lavoura; falta de atividades físicas saudáveis; equipe de saúde incompleta; falta de atendimento em saúde bucal; falta de aparelhos para exames médicos; demora para as referências às consultas especializadas (ortopedista, oftalmologista, gastroenterologista, cirurgias, etc.); dificuldades de comunicação entre a secretaria de saúde e a ESF; falta de telefone na unidade; falta de transporte para realizar visitas domiciliares; dificuldades de acesso à exames como colonoscopia e endoscopia.

c) Agravos à saúde destacados pelos moradores do assentamento

Os moradores destacaram os fatores que agravam à saúde: stress, ansiedade, depressão (preocupações), alcoolismo, tabagismo, problemas de coluna, risco de câncer de pele pela dificuldade em acessar protetor solar. Além dos problemas de saúde mais prevalentes, relatados durante a realização das oficinas, em 2011-2012, a Coptec havia feito um levantamento com os assentados sobre os riscos à saúde relacionados ao trabalho e ao modo de vida. Esse estudo foi citado, muitas vezes, durante as atividades de pesquisa, por isso é apresentado abaixo (Quadros 1 e 2):

Quadro 1: Riscos relativos ao trabalho na horta.

Riscos que acontecem com Frequência	Riscos que acontecem de vez em quando	Riscos que acontecem raramente
Posturas	Armazenamento inadequado de máquinas e ferramentas	Eletricidade
Trabalho pesado/ repetitivo	Animais peçonhentos	Vibração
Ruído	Umidade	Iluminação
Exposição ao sol	Combustível, lubrificantes	Fumaça
Frio	Poeira	Utilização inadequada do trator/máquinas
Calor	Tétano	Leptospirose
	Treinamento inadequado ou inexistente, manuseio de ferramentas/máquinas	Alergia com adubos
	Equipamentos inadequados defeituosos ou inexistentes	Tuberculose
	Jornadas prolongadas de trabalho	Afogamentos
	Máquinas sem proteção	Queimadura (solda)
		Animais domésticos
		Ferramentas defeituosas, inadequa-das ou inexistentes

Fonte: Acervo da pesquisa

Quadro 2: Riscos relacionados à produção de arroz.

Riscos que acontecem com frequência	Riscos que acontecem de vez em quando	Riscos que acontecem raramente
Exposição ao sol	Queimadura (solda)	Frio
Tétano	Vibração	Fumaça
Máquinas sem proteção	Iluminação	Tuberculose
Utilização inadequada do trator/máquinas	Trabalho pesado/repetitivo	Alergia com uso de adubos orgânicos
Equipamentos inadequados defeituosos ou inexistentes		Posturas incorretas

Animais peçonhentos		Jornadas prolongadas de trabalho
Afogamentos		
Ruído		
Poeira		
Combustível, lubrificantes		
Leptospirose		
Treinamento inadequado ou inexistente, manuseio de ferramentas/máquinas		
Animais domésticos		
Eletricidade		
Calor		
Umidade		
Ferramentas defeituosas, inadequadas ou inexistentes		
Armazenamento inadequado de máquinas e ferramentas		

Fonte: dados produzidos pelo próprio estudo

Segunda Oficina – aprofundamento e sistematização

A segunda oficina tinha como objetivos validar os dados da primeira oficina, organizando e complementando "o que promove e o que ameaça a saúde", com base nos eixos do Plano Operativo da PNSIPCFA e reconstruir a "linha do tempo" da conquista da ESF Marisa Lourenço da Silva no assentamento.

Para a sistematização dessa vivência, foram impressas fotos tiradas no processo de reforma da sede em que seria instalada a ESF até a sua inauguração. Essas imagens foram apresentadas aos participantes da oficina e cada um escolheu de duas a três fotos significativas para si e relatou, por meio delas, como foi a sua participação na luta. Conforme as pessoas iam falando,

as fotos eram coladas na parede em ordem cronológica a fim de construir a linha do tempo dessa conquista.

Figura 6: Participantes da segunda oficina relatando sua participação no processo.

Fonte: Acervo da pesquisa

Da prosa desse dia, foi produzida uma apresentação com as fotos e as falas da roda de conversa, um produto da pesquisa que teve entre seus objetivos específicos a sistematização da luta e conquista da ESF no assentamento. Para contar essa narrativa de organização comunitária por garantia de direitos, "ouça" um pouco da conversa:

> Fazia um ano e meio que estava no assentamento. Olhava pra cá e era uma escuridão. Era 2013. Pensava: toda comunidade tem uma sede organizada.
>
> Jovildo andava com tratorzinho, procurando o que fazer. A gente mais jovem, tentando viver. Estava na frente da minha casa e aconteceu esta conversa sobre criar uma comunidade aqui.
>
> Criamos uma comissão provisória em 2013, chamei Zé, Gachi. Não tinha coordenador (...). Começamos a trabalhar: começamos pelo campo para trazer a juventude pra junto de nós.

Havia 11 pessoas na (casa onde era a) sede (do antigo latifúndio) e fomos conversar. Seu Pedro disse que precisava de uma casa, então, compramos uma casa para a família.

Encontramos a prefeita por aí e falamos que queríamos posto. A gente sabe que não é somente a saúde do campo que anda mal, na cidade também. A prefeita falou de fazer o projeto de saúde do campo, mas também estava sem médico em dois postos.

Tivemos três reuniões com a prefeita. E ela dizia: Vocês apuram com este processo, pois vou ter que mandar embora 2 médicos. Falei para a prefeita: Da nossa parte, vamos dar serviço para os médicos.

Pegamos uma conjuntura política que nos favoreceu. A gente conseguiu ter a estratégia porque tinha médico, o Mais Médico.

A gente depende da política (de dialogar com prefeita, secretária...). Temos que votar e defender os nossos direitos, seja quem for que estiver no poder. Temos que saber defender nossos direitos. Neste dia, pautamos as estradas também com a prefeita.

A gente comprou coisas com dinheiro da comunidade para reformar a sede e termos a ESF: entramos com mais de 5 mil e prefeitura com 11mil pelos móveis, pela obra pagou pouca coisa.

As pessoas são importantes em todos os momentos. Aqui está a Japa: tem a simbologia da militância, de fazer de tudo. A gente estava iniciando, limpando na volta: não podia errar na estratégia de fazer acontecer.

Trabalho voluntário que representa a comunidade. Se formiguinha não der estes passos, os passos não acontecem. As coisas acontecem por causa de muitas pessoas.

Houve uma discussão bonita e profunda, porque nossa comunidade queria que Moisés e Tiaraju (filhos de assentados que estudaram Medicina em Cuba) ficassem aqui trabalhando por serem

companheiros, por atenderem muito bem. São muito queridos. Teve um dia que conversamos sobre o Mais Médicos, sobre solidariedade. Faz parte da solidariedade que os cubanos tiveram conosco, abrir as portas para que eles – médicos cubanos – trabalhem aqui.

Tiaraju e eu fomos para Cuba, fomos por ter oportunidade de estudar, ter o conhecimento na Escola Latino-Americana de Medicina. A medicina que a gente aprende, Cuba um país socialista, é uma medicina tradicional. Não aprendemos o que se fala aqui, que é prioridade nos assentamentos – coletivo. Quando retorna é que se tem a compreensão que é um processo que tem intencionalidade. Retornando, a gente percebe que não fará o trabalho individual.

A inauguração foi tão rápida. Muitos diziam que era o momento político e foi marcado para dia 29 de setembro de 2014: menos de um ano do início dos mutirões. A prefeita marcou o dia da inauguração. Trabalhamos até 23h antes do dia da inauguração.

Tenho certeza que pode mudar governo municipal, que esta ESF vai transcender estas mudanças. Desde que a comunidade se mantenha mobilizada.

Era um sonho: ter um espaço para morar, ter a terra e as condições para desenvolvimento sustentável. Tudo isto não se desvincula de 1984, da luta pela terra, do início da organização no acampamento, assentamento e com processos que ocorreram fora do Brasil, como em Cuba. (Acervo da pesquisa).

Sobre a validação e a complementação dos dados da primeira oficina, uma das ausências estava em torno do controle social da política pública de saúde. Tendo sido importante retomar as questões que ameaçam e promovem a saúde, pois se complementou os dados, organizando-os coletivamente em torno dos quatro eixos do Plano Operativo.

Conversando com a Equipe de Saúde da ESF e os gestores

Além das oficinas realizadas com os moradores dos assentamentos e as

reuniões com as lideranças, foram realizadas entrevistas com a equipe de trabalhadores da ESF Marisa Lourenço da Silva, com a secretária de saúde e a prefeita de Nova Santa Rita.

A entrevista com os profissionais de saúde apontou os mesmos problemas de saúde levantados nas oficinas e também as dificuldades enfrentadas por eles, como: não ter telefone, dificuldades de comunicação com os demais pontos da rede de saúde do município, não contarem com transporte para visitas domiciliares, falta de pessoal (não tinham ainda enfermeira na equipe, nem dentista). Também ressaltaram a importância da organização do movimento e dos assentados do Santa Rita de Cássia II como um fator fundamental para a implantação da ESF Marisa Lourenço da Silva.

O médico da equipe é um médico cubano, alocado pelo Programa Mais Médicos.

> A gente sabe que eles tiveram apoio da prefeita e da secretária, mas se não tivessem a organização, a união que eles (os assentados) têm, não teriam conseguido abrir essa Unidade. (Médico da ESF).

> Tem muita coisa para fazer, não temos enfermeira ainda e acabamos tendo que ficar só aqui dentro para ajudar o trabalho do médico. Sabemos que tem muita coisa que pode ser feito nas comunidades, nas visitas domiciliares. (Auxiliar de enfermagem).

> Nós gostaríamos de visitar mais domicílios, mas alguns ficam muito longe e não temos transporte. (Agente comunitária de saúde).

A entrevista com a secretária de saúde e a prefeita confirmou a importância da organização do assentamento para a implantação da ESF e ambas reconheceram as dificuldades ainda existentes, prometendo resolvê-las.

> Uma questão que percebemos quando assumimos a prefeitura era justamente a dificuldade dos trabalhadores rurais de chegarem na cidade para usar o SUS. Eles se sentiam discriminados, tanto porque eles é que tinham que fazer esse movimento de ir até a cidade, como por se sentirem injustiçados, na medida em que eles são produtivos, produzem alimentos, trabalham muito e tinham/têm dificuldades de chegar ao sistema público de saúde, que está localizado

> nas cidades, enquanto a população da periferia da cidade, muitas vezes desempregada (improdutiva) tinha acesso mais facilitado. Isso foi o que motivou mais ainda a se implementar a política de levar a saúde ao trabalhador rural. (Prefeita).

> Precisamos de mais linhas de ônibus para que as pessoas tenham acesso à ESF e não venham para a cidade. Também discutimos com o pessoal do fazer uma horta comunitária para cultivar plantas medicinais. Também temos planos de instalação de consultório odontológico. (Secretária de saúde).

Resultados

A realização da pesquisa contribuiu para manter a mobilização em torno das melhorias que ainda serão necessárias para que a ESF Marisa Lourenço da Silva esteja organizada de forma a atender às demandas de saúde da população do campo. As várias reuniões realizadas e as oficinas foram momentos de apresentar problemas e buscar informações sobre a PNSIPCFA, e que depende muito da mobilização das populações a que ela se destina.

No decorrer da pesquisa, rearticulou-se o Coletivo de Saúde do Movimento, que formulou um documento a ser entregue para a prefeita do município de Nova Santa Rita com as demandas dos assentamentos do município. No documento, foram apresentadas as ameaças à saúde das/os assentadas/os, com base nos dados da pesquisa, apontados problemas existentes na ESF e solicitado soluções. Abaixo, seguem os itens do documento com as demandas do Coletivo de Saúde do Movimento[4]:

- Completar a equipe da ESF Rural Marisa Lourenço da Silva: são necessárias as contratações de enfermeira/o, quatro agentes de saúde que sejam da comunidade ou dos assentamentos; que tenha mais um/a estagiário/a filha/o de assentados possa fazer sua formação na ESF Rural, sendo este um espaço de formação profissional; que tenha atendimento odontológico para os quatro assentamentos do município.
- Melhorar a infraestrutura da ESF Rural Marisa Lourenço da Silva, a fim de

[4] Disponível em: <e.eita.org.br/saude>. Acesso em: 20 set. 2016.

propor condições dignas tanto no atendimento quanto no espaço de trabalho: telhado, caixa de água, toldo na entrada, acessibilidade, banheiros, etc.; telefone para a equipe comunicar emergências; obter informações e realizar encaminhamentos; tenha transporte próprio para a equipe realizar as visitas domiciliares; e que a equipe tenha condições para participar da vida da comunidade.

- Ter exames e consultas especializadas acessíveis à população.
- Melhorar o transporte público: para que as pessoas que vivem no campo consigam se deslocar até a cidade e para que se consiga circular entre os assentamentos. Por exemplo, é mais próximo para o Assentamento Sino ir à ESF Rural Marisa Lourenço da Silva do que ir até o Posto do Centro, mas não há transporte público entre o Assentamento Sino e a ESF Rural Marisa Lourenço da Silva. Assim também, para as famílias que moram nos extremos do Assentamento Santa Rita de Cássia II e nas comunidades próximas, não existe transporte público que facilite o acesso à ESF Rural Marisa Lourenço da Silva.
- Disponibilizar, por meio da ESF Rural Marisa Lourenço da Silva, práticas integrativas e complementares de saúde: conforme a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC), nas ESF, que "deverão ser priorizados mecanismos que garantam a inserção de profissionais de saúde com regulamentação em Acupuntura dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as ESF". Essa ação está articulada com o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas ao concretizar o objetivo da PNPIC, e se propõe a incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

Além da inclusão da acupuntura, preconizada pela PNPIC, nossa proposta solicita que se disponibilizem na ESF Rural atividades complementares: terapias corporais, atividades físicas como yoga, massagem, caminhadas orientadas, alongamento, fisioterapia, esportes, orientação nutricional, oficinas. Assim:

- ESF Rural Marisa Lourenço da Silva disponibilize ações da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas e aconteça capacitação para o trabalho com Plantas Medicinais e Fitoterápicos, proporcionando a capacitação

contínua dos/das profissionais envolvidas/os, como, por exemplo, a visita de intercâmbio a Municípios que implantaram a Política.

- Formação e capacitação para conselheiras/os: para favorecer o controle social e a participação de usuárias/os do SUS é fundamental que sejam realizados processos educativos com as/os conselheiras/os que favoreçam a análise de documentos financeiros e outros dados que são necessários para tomada de decisões.
- Colocar placa indicativa da ESF Rural Marisa Lourenço da Silva na entrada do assentamento (BR 386).
- Planejamento da ESF Rural com a comunidade: a partir dessas propostas e das informações que a ESF Rural dispõe, que sejam criadas condições para a comunidade planejar, trabalhar com a equipe da ESF.

Com o documento do Coletivo de Saúde entregue à prefeita, foi anexada a Portaria 90/2008/GMS que garante 50% a mais de recursos para os municípios que têm assentamentos. Essa informação foi acessada a partir do diálogo com o Dagep/MS, que se manteve articulado à pesquisa no território, atento às questões que iam se apresentando, como os recursos que são destinados às ESF Rurais. Ainda que Nova Santa Rita tenha somente essa ESF Rural e para esse estabelecimento, deveriam ser destinados os recursos previstos nessa portaria, a Associação do Assentamento continua arcando com despesas de energia elétrica e responsável pelo abastecimento de água. Uma questão que se coloca é como fazer a prefeitura assumir as dívidas da ESF. Uma informação, a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)[5], é da necessidade de haver uma lei municipal para garantir que recursos sejam destinados para a ESF do Assentamento, quando for avaliada e tiver bom desempenho.

O Coletivo de Saúde tem se mantido atuante, acompanhando o Conselho Municipal de Saúde, até mesmo buscando acessar mais informações sobre a destinação de recursos. O controle social por parte das/os assentadas/os tem se intensificado e, em fins de 2015, será realizada uma audiência pública para tratar das questões de saúde dos assentamentos[6].

O acesso à informação se coloca como fundamental para garantir o direito à saúde pública: saber o fluxo dos recursos, conhecer como funciona a gestão pública. A pesquisa possibilitou o acesso às informações como: ter a certeza de

[5] Disponível em: <e.eita.org.br/pmaq>. Acesso em: 20 set. 2016.
[6] Disponível em: <e.eita.org.br/audiencia>. Acesso em: 20 set. 2016.

que a ESF está registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde[7] e a estrutura/pessoal ali alocada, à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS[8]. Além de saber que é possível solicitar informações diretamente ao governo federal via Lei de Acesso à Informação[9].

Para acessar informações e identificar soluções para as problemáticas do assentamento, o diálogo com advogados e com as pesquisadoras do Obteia foi importante.

A questão do acesso à saúde pública, via ESF, trouxe outro desafio: a posse pela Associação Comunitária da área coletiva do assentamento. A partir dessa posse, que se encaminhou no decorrer da pesquisa e foi tema das oficinas e reuniões, é possível a Associação regularizar o espaço da ESF com a Prefeitura.

Como um dos resultados da pesquisa, tivemos a construção desse texto que descreve o estudo feito em conjunto com as/os assentadas/os de Nova Santa Rita sobre a saúde e sobre a organização comunitária. Ainda que haja uma política voltada para o acesso à saúde pública pelas populações do campo, da floresta e das águas, tem sido a organização e a luta das comunidades os fatores essenciais para ter esse direito.

Considerações finais

A experiência de construção do posto de saúde no Assentamento Santa Rita de Cássia II e a implementação de uma equipe da Estratégia Saúde da Família são casos emblemáticos e pioneiros, que revelam sucesso e desafios extremamente elucidativos em dois pontos, especialmente: na participação social e na articulação interfederativa.

Primeiramente, o caso analisado na pesquisa destaca o ativismo popular como elemento-chave de impacto social e na implementação de políticas públicas básicas. O pioneirismo da ação revela a forte conscientização e a organização do grupo a respeito de programas do governo coerentes com a realidade local, além de forte mobilização no sentido de ter a iniciativa de ação em um contexto de existência, muitas vezes, de barreiras burocráticas na gestão pública.

No caso de Nova Santa Rita, houve uma conjuntura favorável – a política

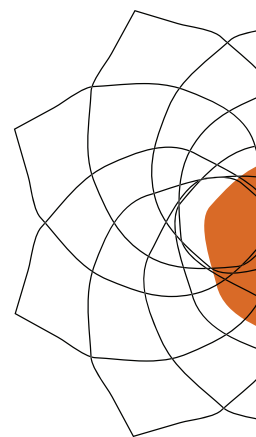
[7] Disponível em: <cnes.Datasus.gov.br>. Acesso em: 20 set. 2016.
[8] Disponível em: <e.eita.org.br/pnpic>. Acesso em: 20 set. 2016.
[9] Disponível em: <acessoainformacao.gov.br>. Acesso em: 20 set. 2016.

local, o Programa Mais Médicos, a expansão da Estratégia Saúde da Família pelo governo federal. Porém, a organização e a mobilização dos assentados é que garantiram a implantação da ESF dentro do assentamento. Essa experiência local mostra a importância do protagonismo da comunidade na implementação de políticas sociais de qualidade, mantendo essa mobilização não somente no momento de demanda por ações, mas também na implementação e no monitoramento delas.

Em outra via de análise, um desafio claro que desponta dessa experiência de implementação de uma equipe da ESF é a articulação intersetorial. Desafio esse que perpassa a atenção básica em diversos de seus programas e também tange de maneira profunda a média e a alta complexidade do SUS.

A coordenação do diálogo entre entes federativos demonstra-se como elemento essencial para a implementação e o bom funcionamento de programas, como a Estratégia Saúde da Família. Nesse sentido, por exemplo, uma estratégia pertinente para o fortalecimento da ESF nos municípios seria o fortalecimento dos apoiadores do Ministério da Saúde, nos estados, fortalecendo canais de diálogo entre os municípios, o estado e o governo federal. Além disso, outra estratégia importante de articulação para a implementação da PNSIPCFA constitui-se na presença de metas e de ações relacionadas a essa política, baseadas no Plano Operativo e nos Planos Municipais e Estaduais de Saúde. Nesse ponto, a mobilização e a participação social são fortes ferramentas para a sua concretização. Os Comitês de Equidade podem constituir-se como canal de diálogo entre movimentos sociais e a gestão para, na elaboração dos planos, fazerem-se presente as vozes e as demandas da sociedade civil, em especial as das populações em situação de maior vulnerabilidade.

Ainda há muito a se fazer para avançar no acesso à saúde pública no Brasil. Também há muito o que fazer na ESF Marisa Lourenço da Silva, como adequar a prática desenvolvida na equipe para as reais necessidades de saúde que a vida no campo demanda, aumentar as atividades preventivas, completar a equipe, incluindo a atenção odontológica, etc. Mas o coletivo que se constitui em torno da Associação dos Assentados do Santa Rita de Cássia 2, o Coletivo de Saúde do MST na cidade e o avanço na implementação da PNSIPCFA garantirá que essa experiência sirva de estímulo para que outros assentamentos e comunidades do campo, floresta e águas lutem por uma ESF próxima de onde vivem e trabalham os homens e mulheres do campo.

CAPÍTULO 16

Babaçulândia e Filadélfia (TO): territórios impactados pela Barragem do Estreito e a PNSIPCFA

Mariane Emanuelle da Silva Lucena Maria dos Anjos Nunes da Silva
Rejane C. Medeiros de Almeida

Este trabalho tem como principal objetivo apresentar o resultado da pesquisa do Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (Obteia), realizada no território do nordeste do Tocantins. A finalidade do Obteia é avaliar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA).

Só recentemente tem se discutido sobre a saúde das populações do campo, das florestas e das águas. Essas populações apresentam muitas iniquidades e vulnerabilidades sociais que lhes permitem as mínimas condições de acesso ao sistema de saúde, o que reforça esses fatores de iniquidade no campo, nas florestas e nas águas. O cenário da estrutura fundiária brasileira tem como composição dos elementos de ordem: econômica, social, cultural, política e ambiental, que são associados às diferentes maneiras de adoecer e de morrer dessas populações.

A história do campo brasileiro é marcada por diversos conflitos agrários, como a dificuldade do acesso à terra, aos direitos sociais, políticos, ambientais, tecnológicos, o uso dos agrotóxicos e os grandes empreendimentos, destacando os hídricos. No norte do país, o estado do Tocantins também é marcado por todo esse cenário de insegurança que leva essas populações à falta do acesso à política de saúde.

O estado do Tocantins é rico em diversidade cultural, fauna e flora, em decorrência da sua transição geográfica entre o cerrado e a floresta amazônica. Um dos pontos mais fortes do estado são os seus recursos hídricos, de acordo

com documentos oficiais do governo brasileiro. Abrange, aproximadamente, dois terços da área da bacia do rio Tocantins e um terço do rio Araguaia, além de várias sub-bacias importantes, como os rios do Sono, das Balsas e Paraná, os mais importantes do Estado. No rio Araguaia, encontra-se a Ilha do Bananal, a maior ilha fluvial do Brasil. Sendo assim, o principal ponto de conflito no Tocantins acaba sendo o uso exploratório dos seus recursos hídricos, cerca de 7 (sete) barragens foram construídas em todo o território do estado, com plano de construção da 8º barragem.

A licitação estava prevista para o 1º semestre de 2002, até o respectivo ano de 2015 não iniciou a sua implementação e, de acordo com análises dos movimentos populares, deverá inundar os municípios de Itaguatins (TO) e Governador Edson Lobão (MA). Há uma previsão de impactar, no mínimo, 14 mil pessoas, além de alterar o modo de vida dos oleiros e dos pescadores dessa região. Também deverá afetar áreas dos povos indígenas Krikati e Apinajé. A previsão é de que a hidrelétrica produza 1328MW (CARTILHA..., 2003). Entre as sete barragens que foram construídas em todo o estado, destaca-se, sobretudo, a Usina hidrelétrica do Estreito (UHE). A Barragem localiza-se entre as cidades de Estreito (MA) e Arguianópolis (TO), instalada no rio Tocantins. É um empreendimento do Consórcio Estreito Energia (CESTE). O uso para a exploração da usina foi adquirido por meio de leilão, realizado pela Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel), em 12 de julho de 2002.

No final de 2006, o Projeto Básico Ambiental foi aprovado pelo Instituto Brasileiro do Meio Ambiente (Ibama) e dos Recursos Naturais Renováveis, órgão vinculado ao Ministério do Meio Ambiente, obtendo, dessa forma, a Licença de Instalação para a construção da Usina Hidrelétrica Estreito em 2012.

A prática dos grandes empreendimentos energéticos, sempre em busca do lucro, traz graves problemas ambientais, sociais e culturais, afetando diretamente a saúde das populações do campo, das florestas e das águas nesse grande empreendimento energético. Ressalta-se que foram impactados doze municípios em dois estados: Maranhão e Tocantins, sendo no Maranhão: Estreito e Carolina; e no Tocantins: Aguiarnópolis, Babaçulândia, Barra do Ouro, Darcinópolis, Filadélfia, Goiatins, Itapiratins, Palmeirante, Palmeiras do Tocantins e Tupirantins.

Nesse contexto, a pesquisa PNSIPCFA foi implementada com os Impactados da Ilha de São José, localizados no município de Babaçulândia (TO), trabalhando com os atores sociais: agricultores, extrativistas, ribeirinhos, agregados, posseiros, pescadores. Todos esses que fizeram parte da Ilha de São José, e após a barragem,

foram subdividos em quatro reassentamentos, sendo: Bela Vista, Turrão, Santo Estevo e Mirindiba. Assim, também, cabe na pesquisa analisar o assentamento Turrão e o acampamento Ilha Verde, buscando compreender as iniquidades e vulnerabilidades que levam essas comunidades a não terem o acesso à saúde.

A pesquisa foi realizada com parceria do Núcleo de Estudo da Saúde Coletiva, UnB, Ministério da Saúde e com parceria com os Movimentos Sociais, especialmente do Movimento dos Atingidos por Barragem (MAB), no território do Tocantins. A coleta de dados foi feita por pesquisadores, acadêmico e popular, entrevistas com gestores, secretários e profissionais da saúde no município de Babaçulândia.

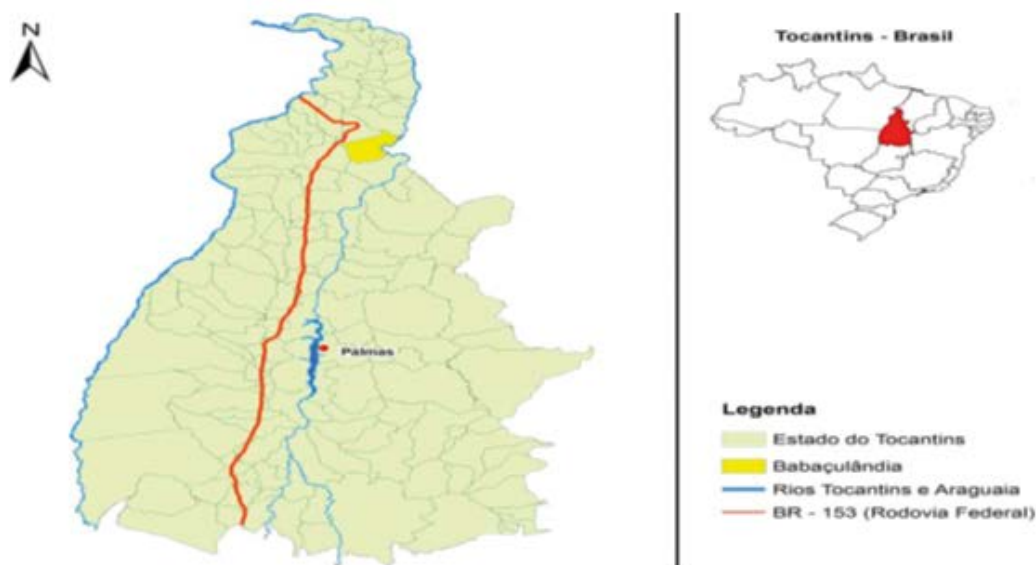
Dessa forma, as atividades de pesquisa realizadas com as comunidades foram conduzidas por duas perguntas norteadoras: O que ameaça a vida? E o que promove a vida nas comunidades do nordeste do Tocantins? O objetivo foi identificar essas questões para aplicação da política nacional de saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas. Trata-se de um estudo de campo em que são estabelecidos os métodos da pesquisa participativa e/ ou pesquisa-ação. Com as análises das especificidades das comunidades do Território do nordeste do Tocantins, foram construídos indicadores qualitativos e quantitativos da saúde dessas populações. Assim, necessita-se conhecer o território da pesquisa.

O município de Babaçulândia está localizado na mesorregião Ocidental do Tocantins, região norte do Estado, distante 435 km da capital Palmas, na microrregião de Araguaína. Apresenta uma área de 1.788,46 km², limitando-se com os municípios de Darcinópolis, Wanderlândia, Araguaína, Filadélfia e o estado do Maranhão. A figura, a seguir, apresenta com detalhes a localização do município de Babaçulândia.

A caracterização realizada para o município de Babaçulândia levou em consideração os aspectos como bacias hidrográficas e redes hidrográficas, clima, precipitação média anual, geologia, classes de solos, vegetação e áreas prioritárias para conservação. O município de Babaçulândia está inserido nos sistemas hidrográficos do Araguaia (cuja área perfaz 37,7% do Estado) e do Tocantins (representando 62,3% do Estado); apresenta também a bacia do rio Lontra em uma pequena porção ao norte e a bacia do rio Tocantins, em toda área central.

Ressalta-se que, conforme a classificação realizada pela Secretaria do Planejamento e Orçamento (Seplan), 2012, estão inseridas no território municipal a sub-bacia do Ribeirão Brejão e a sub-bacia do Ribeirão Corrente, distribuídos na porção norte e central, respectivamente. Quanto à rede

hidrográfica, trata-se de uma área consideravelmente drenada, com destaque para rio Corrente, Ribeirão Raposa, Ribeirão Arraia Pequena e o Riacho Fundo.

Figura 1: Mapa do município de Babaçulândia (TO).

Fonte: Seplan, 2012

O povoado Babaçulândia, localizado às margens do rio Tocantins, surgiu em junho de 1926, quando Henrique Brito fixou-se no local com um pequeno estabelecimento comercial. Sob a influência do babaçu, nativo e inesgotável, iniciava-se o povoamento que recebeu o nome de Nova Aurora do Coco. Apenas em 1938, apresentou-se como novo topônimo de Babaçulândia. Seu desenvolvimento teve passos lentos, baseado na exploração rudimentar do babaçu, além de pequenas lavouras e criação de gado, melhorando com a inauguração da rodovia GO-388, que dá acesso à BR-153. (IBGE, 2015).

A primeira parte da pesquisa envolve a integração do pesquisador acadêmico e popular que atuou no território e compôs a teia de pesquisa. Foram realizadas visitas nas comunidades e no local impactado, em que era localizada a Ilha de São José.

Falaremos inicialmente sobre a história da Ilha de São José e sobre a sua extensão territorial. A Ilha hoje encontra-se submersa, já foi composta por 12 km de extensão, da ponta de cima até a ponta de baixo, e 6 km de largura na parte central, sendo afinada nas duas pontas. Essas medidas variam conforme o volume de água no rio. Como o rio se divide em dois braços, chamam os dois lados da Ilha, as beiradas da ilha, de braço direito, com vista para as serras e morros na margem do Maranhão, e o braço esquerdo, a beira que fica de frente para a margem do Tocantins.

De acordo com uma antiga moradora da Ilha, que descreve em suas memórias e relata no caderno de vida, o lugar foi encontrado aproximadamente no século XIX por fugitivos de conflitos por terras no norte goiano. Desde então, famílias viveram, criaram seus filhos, usufruíram das águas e das terras férteis da Ilha, mulheres e homens trabalhavam na quebra do coco babaçu, na pesca, no plantio de diversos gêneros agrícolas, como mandioca, arroz, feijão, banana, laranja, entre outros, e na criação de animais como gados, porcos, galinhas. Essas famílias foram atingidas pela Barragem da Usina Hidrelétrica do Estreito (UHE), em 2010.

Territórios dos atores sociais

A população analisada na pesquisa, em sua maioria, é oriunda da Ilha de São José, que foi subdivida em quatro reassentamentos. Também foram estudadas comunidades impactadas como o acampamento Ilha Verde e Turrão.

1. O Reassentamento Bela Vista situa-se a 15 km de Babaçulândia (TO). Lá são encontradas vinte famílias reassentadas, entre elas, nove são da Ilha de São José. O principais problemas do lugar atualmente são dificuldade de acesso à água potável e assistência médica.

2. Reassentamento Baixão situa-se a 10 km de Babaçulândia (TO), com um total de 27 famílias. Entre elas, 26, que foram atingidas, moravam na Ilha de São José. Os principais problemas do local estão relacionados à água de má-qualidade e à falta do acesso ao sistema de saúde.

3. Reassentamento Santo Estevo situa-se em Babaçulândia (TO), aproximadamente a 15 km. Atualmente residem 27 famílias, sendo que somente uma família é oriunda da Ilha de São José. Também apresenta desafios, como o acesso à saúde e à qualidade de vida para os assentados.

4. O Reassentamento Mirindiba situa-se no município de Araguaína. Nesse reassentamento, residem em torno de dezessete famílias, sendo a maioria reassentada da Ilha de São José. Local em que mora a pesquisadora popular Maria da Ilha, que lutou por uma terra e ainda luta por melhores condições de vida.

5. O Assentamento Turrão situa-se a 25 km do município Babaçulândia (TO). Seu acesso também pode ser feito por barcos movidos a motor, em um tempo mínimo de dez a quinze minutos, ou via terrestre com um percurso de 40 minutos. O Assentamento existe na região há aproximadamente doze anos. Atualmente, mais ou menos 20 famílias são assentadas. Elas foram fortemente impactadas, embora os atingidos tenham sido os beradouros, ou seja, aqueles que viviam às margens dos rios. Eles receberam indenização, porém os que moravam mais afastados não foram indenizados. E isso fez com que desfizessem o assentamento e surgisse um acampamento. Assim, as famílias desapropriadas se alojaram em torno das áreas não alagadas. Os problemas principais das populações são a falta de saneamento básico e a empresa Ceste com seus projetos inacabados.

6. Acampamento Ilha Verde está localizado a 10 km do município de Babaçulândia, seu acesso pode ser por barcos, levando um tempo mínimo de quinze a vinte minutos, ou por uma estrada de difícil acesso. A Ilha é resultado de uma reserva ambiental da empresa Ceste. Embora tenha sido ocupada há aproximadamente quatro anos, ainda vivem sob fortes ameaças de expulsões do território. Atualmente, moram quarenta famílias que vivem da pesca e das produções de hortas orgânicas, as quais são vendidas na feira da cidade.

Percurso metodológico

Foram realizadas oficinas em todas as comunidades que participaram da pesquisa, contando com perguntas norteadoras e cartografia social. Veja a seguir:

> **1° O que ameaça a vida na comunidade?**
> Falta de água e saneamento (Reassentamento Baixão,2015).
> A ausência de água (Reassentamento Bela Vista, 2015).
> A Falta de Água (Comunidade de Santo Estevo, 2015).
> Pressão alta, diabetes, dor de cabeça, veneno (Comunidade de Mirindiba, 2015).
>
> O Ceste com os seus serviços inacabados (Assentado do Turrão, 2015).
> Falta de atenção com a saúde, falta de conhecimento, falta de

capacitação técnica, acesso especializado (logística) e falta de aterro sanitário (Assentamento Ilha Verde, 2015).

2° O que promove a vida na comunidade?

Não tem muita produção, pois a terra não ajuda (Reassentamento Baixão, 2015).

Energia elétrica (Reassentamento Bela Vista, 2015).

A vegetação (Comunidade de Santo Estevo, 2015).

Terra boa, produtiva, água boa, clima bom, vizinhança (Comunidade de Mirindiba, 2015).

Agricultura e pecuária. Aqui no assentamento produz arroz, feijão, milho [...], mas se tivesse água potável produzia mais (Assentado do Turrão, 2015).

Alimentação de boa qualidade sem agrotóxicos e o ar que respiramos. (Assentamento Ilha Verde, 2015).

3° O que tem produzido doença na comunidade?

A água de má-qualidade (Reassentamento Bela Vista, 2015).

Barbeiro, dengue, viroses, entre outros (Comunidade Santo Estevo, 2015).

Venenos, verme, não tem lugar adequado para o lixo, bebidas alcoólicas (Comunidade de Mirindiba, 2015).

As doenças estão chegando por meio do lago (Assentamento Turrão, 2015).

Água não tratada, lixo exposto sem coleta, falta de moradia adequada, falta de fossas, falta de estradas, falta de energia, falta de terra (Assentamento Ilha Verde, 2015).

4° O que tem produzido saúde na comunidade?

O bom atendimento, pois estão bem orientados (Reassentamento Baixão, 2015).

Resultados de plantios (Reassentamento Bela Vista, 2015).

Boa alimentação e água boa (Comunidade de Mirindiba, 2015).

Uma boa alimentação e visitas ao A.C.S. (Assentados P.A Turrão, 2015).

Também de uma boa educação, moradia, estrada, água de qualidade (Assentamento Ilha Verde, 2015).

5° O que falta para se ter uma boa saúde na comunidade?

Uma ampliação do posto de saúde da comunidade, por causa de uma grande demanda (Reassentamento Baixão, 2015).

Maior assistência Médica (Reassentamento Bela Vista, 2015).

Médico e Posto de Saúde (Comunidade de Santo Estevo, 2015).

Agente de saúde e meio de transporte (Comunidade de Mirindiba, 2015).

Sim, porque tem acompanhamento médico e do A.S. (Assentados P.A Turrão, 2015).

Assistência técnica, equipe de saúde para orientar as famílias a usar as plantas medicinais. Que as equipes de saúde tenham mais clarezas com os pacientes. (Assentamento Ilha Verde, 2015).

6° O SUS atende às necessidades de saúde de sua família ou da comunidade?

Sim, temos um bom atendimento dos agentes (Reassentamento Baixão, 2015).

Parcialmente (Reassentamento Bela Vista, 2015).

Não (Comunidade de Santo Estevo, 2015).

Não atende, porque quando precisamos de exame não conseguimos encaminhamentos. Especialistas, procedimentos de alta complexidade e remédios básicos (Comunidade de Mirindiba, 2015).

Sim, porque tem acompanhamento médico e do ACS (Asssentado P.A Turrão, 2015).

Não é o suficiente para as famílias, porque precisamos de condições financeiras, e também de uma boa educação, moradia, estrada, água de qualidade, terra documentada para garantir a sobrevivência das famílias (Assentamento Ilha Verde, 2015).

7° O que pode ser feito para mudar essa situação?

Investimento e parceria com o Mistério da Saúde para com o município (Reassentamento Baixão).

Água boa e permanente, enfermeira plantonista e ambulância.

Uma boa união e uma boa liderança política (Comunidade de Santo Estevo, 2015).

Ter na comunidade especialista cardiologista, vir uma vez ao mês ou, pelo menos, duas vezes ao mês não só para consultas, mas também fazer palestras para prevenir doenças (Comunidade de Mirindiba, 2015).

Cobrar dos órgãos responsáveis para melhorar a qualidade de saúde (Asssentados P.A Turrão, 2015).

Mais atenção com a saúde do campo, pois há falta de conhecimento, falta de capacitação técnica, acesso especializado (logística) e falta de aterro sanitário (Assentamento Ilha Verde, 2015).

Cartografia social

A cartografia social foi realizada pelos sujeitos sociais das comunidades, localizando suas moradias, rios, vegetação, entre outros. O objetivo é responder às perguntas norteadoras: o que ameaça e o que promove a vida? A ideia principal da cartografia social é localizar os principais indicadores de adoecimento e identificar a qualidade de vida nas populações do campo, das florestas e das águas.

Figura 2: Comunidade de Baixão

Fonte: Acervo da pesquisa

PARTE TRÊS

- O que promove a vida na comunidade de Baixão – a água do Córrego Poção, mas a água não é disponibilizada para todos os moradores da comunidade fazerem seus plantios e usar para demais fins domésticos.
- O que ameaça a vida na comunidade de Baixão – improdutividade da terra, por causa da falta da água potável.

Figura 3: Comunidade Bela Vista.

Fonte: Acervo da pesquisa

- O que promove a vida na comunidade de Bela Vista – a vegetação.
- O que ameaça a vida na comunidade de Bela Vista – falta de água.

Figura 4: Comunidade de Santo Estevo

Fonte: Acervo da pesquisa

- O que ameaça a vida na Comunidade de Santo Estevo – falta de água potável.
- O que promove a vida – a vegetação.

Figura 5: Comunidade de Mirindiba.

Fonte: Acervo da pesquisa

- O que ameaça a vida na Comunidade de Mirindiba – o uso do agrotóxico, doenças e falta de assistência à saúde.
- O que promove a vida na comunidade de Mirindiba – a boa alimentação e água de qualidade.

Figura 6: Comunidade Turrão.

Fonte: Acervo da pesquisa

- O que ameaça a vida na comunidade de Turrão – falta de estrutura nas estradas.
- O que promove a vida na comunidade do Turrão – agricultura e pecuária.

Figura 7: Comunidade Ilha Verde.

Fonte: Acervo da pesquisa

- O que ameaça a vida na comunidade de Ilha Verde – falta do acesso à terra.
- O que promove a vida na comunidade de Ilha Verde – produções sem agrotóxicos e a pesca, as feiras que abastecem a cidade de Babaçulândia.

De acordo com as informações obtidas por meio da cartografia social:

1. O que ameaça a vida das populações do nordeste do Tocantins é a dificuldade no acesso à água, à saúde e à infraestrutura nos assentamentos.

2. O que promove a vida é a esperança, com melhores condições vitais, principalmente de trabalho. Já que muitos dos atingidos pelas barragens viviam da pesca, como fonte de subsistência e de renda, hoje se submentem a inúmeras dificuldades como, por exemplo, a falta de acesso aos pontos pesqueiros e diversas barreiras que lhes impõem, que são elementos agravantes para a desconstrução de uma identidade social e resultado de grandes impactos dos empreendimentos energéticos.

Resultados e discussão

De acordo com o que foi abordado nas oficinas e nas entrevistas com profissionais da saúde, os problemas de vulnerabilidade social, iniquidade e falta de acesso ao sistema de saúde são os mais presentes. Cabe neste trabalho compreender os aspectos sociais e socioambientais nos quais se encontram as populações.

O primeiro elemento é a cultura, as populações do campo, da floresta e das águas são povos tradicionais que habitavam tais territórios com enfoque nos rios, em que se beneficiavam por meio da pesca e de outras atividades extrativistas. Com o impacto, não perderam somente suas casas, mas também a própria identidade de ribeirinhos, de povos das florestas, foram desterritorializados, tiveram que se acostumar com a vida nos reassentamentos, porções de terras delimitadas, estas geralmente degradadas por fazendeiros da região. Encontram dificuldades no acesso aos recursos hídricos, falta de saneamento básico. Essa é a realidade dos reassentamentos do nordeste do Tocantins.

O que ameaça a vida dessas populações? De acordo com que foi observado por meio das oficinas e dos ciclos de debates, o principal fator de ameaça à qualidade de vida é: a) falta do acesso à água, implicando, sobretudo, na saúde e na qualidade de vida. Essas famílias vivem uma luta contínua com a falta do acesso à água. b) Quanto aos trabalhos no campo, como a produção de alimentos sem água é incapaz de conseguir atender às demandas das produções; uma tentativa de resolver os problemas dos Reassentamentos Baixão, Bela Vista e Santo Estevo, adotado pelo consórcio Ceste, foi a criação de poços artesianos, o projeto aprovado e implementando as perfurações de poços. Porém, a água não é própria para o consumo e foram encontradas substâncias como o salitre e outros metais.

Destaca-se que foram instalados filtros para fazer o tratamento da água. Porém, não foi adequado. O sal que contém na água corrói os filtros de alumínio. O tempo de vida útil desses filtros é pouquíssimo. A água é utilizada somente para molhar algumas plantações e em atividades da própria casa, sendo que é imprópria para o consumo humano.

Os moradores buscam novas alternativas como os poços perfurados manualmente, esses são os encontrados perto dos lençóis freáticos, na zona não saturada, embora havendo a possibilidade de secar durante o

verão. Isso acontece nos Acampamentos de Turrão e Ilha Verde e também em alguns assentamentos.

De acordo com o Plano Municipal de Água e Esgoto (PMAE), de 2013, 99% da população urbana são contemplados com esse serviço, contados da data da publicação do PMAE. Nas áreas rurais, o município deverá apoiar as comunidades na implantação de soluções locais unitárias e/ou soluções locais coletivas para atendimento da população rural, devendo assegurar uma cobertura de 80% até 2022.

Sendo assim, a solução encontrada para a empresa é o abastecimento de água por meio dos carros-pipas, a distribuição é feita em domicílio. Segundo a comunidade de Santo Estevo, a água não dá para atender as demandas das produções de alimentos, somente serve para o consumo diário da população. Podemos considerar que essa solução seria de caráter provisório, não uma solução totalmente eficaz.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2009), os serviços de saneamento oferecidos às populações do meio rural apresentam déficit de cobertura, pois apenas 32,8% dos domicílios rurais estão atrelados à rede de distribuição de água, 67,2% dessas populações capta água usando outras alternativas como poços (protegidos ou não) ou diretamente da fonte de água sem nenhum tratamento.

O recorte do PMAE (2013) do município de Babaçulândia (TO) não aponta soluções especificas às populações de áreas rurais.

A Prefeitura Municipal de Babaçulândia, em dezembro de 1999, juntamente com a Companhia de Saneamento do Tocantins (SANEATINS) firmaram o Contrato de Concessão nº 406/1999, com prazo de 30 anos, cujo objeto principal é a exploração em regime de exclusividade, dos serviços públicos de água e esgoto, no Município. Dados da Concessionária evidenciam que no município de Babaçulândia já foram investidos R$ 946.079,26 desde 1989. Desse valor, 98,97% foram investidos no Sistema de Água e nada no Sistema de Esgoto; sendo necessário, nesse momento, maiores investimentos no segundo sistema, a fim de universalizar o mesmo, tal como foi realizado no Sistema de Água (PMAE, 2013, p.29).

Quadro 1: Investimentos realizados nos serviços de água e esgoto em Babuçulândia/TO entre os anos 1989 e 2012.

Investimentos realizados (R$ x1.000)				
Ano	**Sist. água**	**Sist. Esgoto**	**Outros**	**Total**
1989-1999	148.802,90	-	2.443,24	151.246,14
2000	-	-	-	-
2001	1.700,00	-	-	1.700,00
2002	297.640,99	-	-	297.640,99
2003	9.282,39	-	248,26	9.530,65
2004	3.075,65	-	-	3.075,65
2005	1.475,00	-	995,60	2.470,60
2006	116.470,86	-	-	116.470,86
2007	254.390,07	-	780,00	255.170,07
2008	31.412,08	-	-	31.412,08
2009	56.686,79	-	-	56.686,79
2010	-	-	-	-
2011	-	-	-	-
2012	15.496,97	-	5.248,46	20.675,43
Total	**936.363,70**	**-**	**9.715,56**	**946.079,26**

A imagem dessa tabela demonstra dados referentes ao ano de 2013, embora até o segundo semestre de 2015 não iniciaram os trabalhos de saneamento básico no município. Toda essa configuração contribui diretamente ou indiretamente para o surgimento de doenças hídricas. "Barbeiro, Dengue, viroses, entre outros..." segundo a Comunidade de Santo Estevo. De acordo com o relatório do Desenvolvimento Humano de 2006, o acesso à água imprópria atinge quase dois bilhões de pessoas, sendo que cerca de cinco milhões de pessoas morrem anualmente por causa de enfermidades, devido à água ou seu consumo inadequado (PNUD, 2006).

Segundo fator de ameaça à vida: agrotóxicos

Desse modo, pode se destacar mais um elemento que ameaça a saúde das populações, o uso do agrotóxico, apontado como forte elemento. Segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e do Observatório da Indústria dos Agrotóxicos da Universidade Federal do Paraná, 2012:

> Nos últimos dez anos o mercado mundial de agrotóxicos cresceu 93%, o mercado brasileiro cresceu 190%. Em 2008, o Brasil

> ultrapassou os Estados Unidos e assumiu o posto de maior mercado mundial de agrotóxicos. No segundo semestre de 2010 e o primeiro semestre de 2011, o mercado nacional de venda de agrotóxicos movimentou 936 mil toneladas de produtos, das quais 833 mil toneladas produzidas no pais e 246 mil toneladas importadas (CARNEIRO ET AL, 2015).

Hoje, o trabalho no campo é considerado um dos mais prejudiciais à saúde por causa do contato direto ou indireto com os agrotóxicos na aplicação ou no consumo de alimentos contaminados. As empresas são as maiores incentivadoras do uso do agrotóxico com suas campanhas publicitárias. De acordo com a PNSIPCFA (2013), o Brasil lidera o ranque dos maiores produtores de agrotóxicos no mundo, alguns países já reconheceram os prejuízos à saúde, mas no Brasil ainda é largamente comercializado.

Segundo o Programa de Análise de Resíduos do Agrotóxicos, consta que um terço dos alimentos consumidos diariamente pelos brasileiros está contaminado com agrotóxicos. Para Carneiro, et al. (2012), o uso constante desses pesticidas apresenta diversos agravos para a saúde humana e ambiental. Uma das principais ameaças é o aumento da insegurança alimentar, na aplicação dos próprio pesticidas, que são aplicados sem o Equipamento de Proteção Individual (EPI), e na ingestão de alimentos contaminados.

> Ingredientes ativos com elevado grau de toxicidade aguda comprovada e que causam problemas neurológicos, reprodutivos, de desregulação hormonal e até câncer (...) [e] Apesar de serem proibidos em vários locais do mundo, como União Europeia e Estados Unidos, há pressões do setor agrícola para manter esses três produtos (endosulfan, metamidofos e acéfato) no Brasil, mesmo após serem retirados de forma voluntária em outros países. (CARNEIRO, et al. 2011, p. 23).

A maioria dos entrevistados fala que utiliza os agrotóxicos, mas em processo de limpeza da terra, para iniciação do cultivo. O veneno mais utilizado na região é o que eles dizem ser fraquinho, o "mata tudo", em termos científicos, glicyne, conhecido como Glifosato, da marca Rondaup, sua classe toxicologia é do III – mediamente tóxico.

De acordo com o Dossiê da Associação Brasileira da Saúde Coletiva

(Abrasco), em 2015, essa classificação, entre os herbicidas, do glifosato, é aceita em decorrência de seus principais problemas de intoxicação, pois possui Ingestão Diária Aceitável (IDA) por parte da empresa do produto. Como se observa, diversos agrotóxicos são proibidos em vários países. Porém, ainda são permitidos no Brasil. O glifosato possui a IDA, revisão da ingestão aceitável, mas não devemos negar sua periculosidade, sua exposição maior está relacionada a efeitos adversos.

As comunidades acompanhadas no período da pesquisa mostraram que adotam o uso do agrotóxico. Mas, de acordo com alguns entrevistados, em sua maioria, não usavam o veneno quando moravam na Ilha de São José. Entretanto, passaram a usá-lo após os assentamentos. Mas por que será? A mídia apelativa incentiva os pequenos agricultores, e o aumento de pragas destroem as plantações. Os fatores são inúmeros, porém deve se levar em conta que essas populações vieram de solos férteis e com água em abundância, propícia para agricultura e pecuária, além de mudarem de vida, mudaram de territórios e tentam se adaptar ao meio e, que se encontram as terras degradadas, e ainda convivem com o surgimento de novas ameaças para a plantação.

Como contraponto para os reassentamentos, surge a Ilha Verde, um acampamento que tenta produzir usando os recursos da agroecologia. Eles produzem hortaliças, entre outros produtos, e vendem semanalmente na feira, em que são responsáveis pelo abastecimento da cidade com seus produtos sem uso de agrotóxicos.

A política nacional de saúde integral campo, florestas e águas no SUS

O principal desafio do SUS é o enfrentamento das complexidades e da gravidade de saúde das populações. De acordo com a PNSIPCFA, o SUS precisa reafirmar o princípio da universalização, por meio de ações de saúde integral, como a garantia constitucional a tais populações.

As principais necessidades de condições das populações de Babaçulândia são:

> A cobertura em vias de acesso, nós temos um quadro de servidores que fazem acesso, mas às vezes com acesso difícil a gente tem dificuldade, as estradas não são tão boas não dá para ir de carro, o acesso é feito mais de moto ou a pé, então os acessos não são compatíveis com a equipe que a gente tem, temos uma equipe boa que atende, mas o acesso impede esse atendimento (Entrevistado, secretário de saúde de Babaçulândia, 2015).

Como foi relatado nas falas dos entrevistados, as principais necessidades dessas populações é o próprio acesso, pois esses habitantes localizam-se em locais afastados das cidades, o seu trajeto é realizado com dificuldade, no inverno, por exemplo. Em decorrência das chuvas constantes, torna-se mais difícil para eles a locomoção. A PNSIPCFA lançou, em 2011, um plano operativo para segurar estratégias do SUS, envolvendo as três esferas: Federal, Estadual e Municipal, sendo: 1. ampliação da atenção básica em garantir o acesso da população aos serviços de qualidade, com tempo adequado; 2. aprimoramento da política de atenção básica e atenção especializada; 3. aperfeiçoamento da urgência e emergência – ampliar a cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) considerando a especificidade de cada população.

Desafios de acesso à saúde para as populações campo, da florestas e das águas.

> O desafio é a falta de acesso. E outro: eu vejo que é com a gente mesmo. A própria equipe tem que estar se organizando para trabalhar melhor com esses assentados, elaborar um cronograma, já que eles têm dificuldades em vir aqui, para a gente estar indo aonde eles estão, e também na questão do agendamento a gente está tentando implantar agora, depois que eu passei para cá (Entrevistada, conselheira de saúde de Babaçulândia, 2015).

> (...) mais capacitações não sei de quem e não sei como, mas tinha que mudar o conhecimento deles para aquilo que eles têm lá dentro para que eles tenham condições de sobreviver dentro do assentamento (Entrevistado, agente de saúde, Reassentamento Santo Estevo, 2015).

Embora o tema humanização e acolhimento tenha sido foco das conferências de saúde há quatro anos, ainda é pendente essa questão atualmente. O acolhimento é algo que precisa ser trabalhado para se compreender os problemas das populações do campo, das florestas e das águas. O desafio dessas populações está relacionado à educação e à saúde. Pensando nisso, as principais estratégias elaboradas com base nessas conferências foram: 1. inserção de temáticas e de processos permanentes de educação popular; 2. desenvolvimento de processos educativos com bases da educação popular; 3. desenvolvimento de pesquisas e projetos de extensão voltados à saúde do campo, da floresta e das águas.

De acordo com o entrevistado:

> Todos têm acesso à saúde, nós é que temos dificuldade de levar até lá essas informações, mas eles têm acesso porque, nós temos um agente de saúde em cada região que ele é o elo de informação central do assentamento da comunidade lá, nós temos dificuldade devido a via de acesso, para mobilizar ou até fazer um atendimento de urgência (Entrevistado, secretário de saúde de Babaçulândia, 2015).

> [...] um conjunto, [município, estado e federal] se todos trabalhassem iguais dava para solucionar esse problema de estrada, aí muitas vezes a gente vem aqui e falam que ambulância não vai porque a estrada está ruim e corre o risco de quebrar (Entrevistado, Agente Comunitário de Saúde do Reassentamento Turrão, 2015).

O que implica, segundo as avaliações, o não atendimento das populações pelo sistema de saúde, é a dificuldade de acessibilidade. Outro ponto está ligado aos profissionais que não estão capacitados para atender às especificidades das populações do campo, das águas e da floresta.

Que ações podem contribuir para a organização do SUS no município?

> E essa questão do acolhimento que a gente nunca conseguiu organizar aqui eu acredito que em parte é pela falta de conhecimentos dos próprios profissionais que não tem essa capacitação (Entrevistada, conselheira de saúde de Babaçulândia, 2015).

> [...] boa e mais capacitações não sei de quem e não sei como, mas tinha que mudar o conhecimento deles para aquilo que eles têm lá dentro para que eles tenham condições de sobreviver dentro do assentamento (Entrevistada, A.S, Reassentamento Santo Estevo, 2015).

Visto o que já foi posto, na PNSIPCFA (2015) que traz como estratégia o monitoramento e a avaliação do acesso às ações e serviços de saúde às populações do campo, cabe destacar que, para cada ação, estão definidos recursos

financeiros determinados no PPA 2012-2015. Assim, as estratégias propõem solucionar em partes as demandas do campo compreendendo a esfera organizativa – Municipal, Federal e Estadual.

Saberes tradicionais: uso das plantas medicinais

Os desafios para que o SUS consiga atender as populações do campo, das águas e da floresta consiste no resgate dos saberes tradicionais, das ervas medicinais, que beneficiam as comunidades e constituem as suas tradições:

> Você sabe com quantos anos eu vi tomar um comprimido? 49 anos. Você sabe com quantos anos eu dei remédio para verme para o meu filho? Nunca! E você sabe qual é o remédio? Semente de abóbora, mastruz com leite e leite cru, lá dos peitos da vaca...e porque eu te digo, com quanta higiene e os hospitais não cabe mais o povo?!? E naquela época que o povo comia paçoca de carne pisada pilão, paçoca de gergelim, feijão na panela de ferro, não tinha nem hospital nesse mundo. E depois de tanta exigência de vocês com tanta sabedoria, com tanta higiene. O hospital não cabe mais (Curandeira, reassentada, Mirindiba, 2015).

> Sabe a primeira vez que eu me consultei com um médico eu tinha 50 anos, nunca tinha me consultado com médico, criei meus filhos e nunca levei meus filhos em médico, agora que tão criado já vão por lá, mas criei e nunca fui meus remédios eram de casa foi assim que fui criada e criei meus filhos. E fui no médico a primeira vez porque foi preciso ir e ainda fui por causa de insistência da minha cunhada, mais a de meu irmão, senão eu já tinha até morrido (Moradora mais antiga da Ilha de São José, 85 anos, 2015).

Em entrevistas e conversas realizadas com as populações do nordeste do Tocantins, em sua maioria, percebemos que a ida ao médico foi tardia, os moradores se saciam dos conhecimentos tradicionais, de seus medicamentos, que são retirados da própria farmácia da natureza. Muitos ainda praticam os conhecimentos tradicionais e passam para os seus descendentes.

Dessa forma, o reconhecimento dos saberes tradicionais seria mais um desafio do SUS, tema que foi destaque na tenda da Oraida Abreu: ervas medicinais.

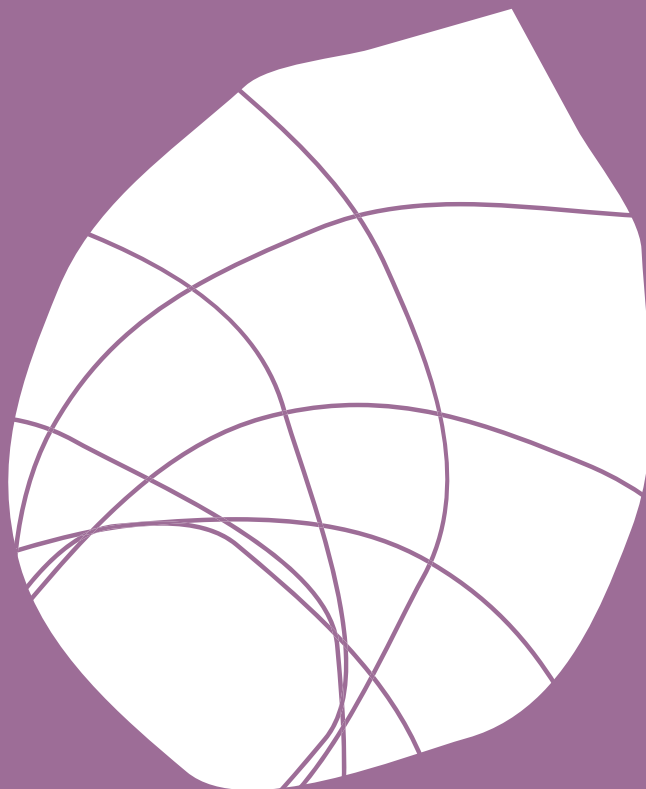
Assim, o 11° Congresso Associação Brasileira de Saúde Coletiva, realizando em 2015, teve tais questões como pauta, gerando provocação e servindo de novas propostas ao SUS. Em suma, é preciso conhecer as realidades vividas pelas populações do campo, das florestas e das águas e unir os saberes tradicionais com os saberes científicos.

Considerações finais

O acesso de saúde das populações no nordeste do Tocantins é afetado por diversos fatores sociais, econômicos e ambientais. O que leva essas pessoas a não terem o acesso é a falta de profissionais capacitados para atender a demanda das populações do campo, das águas e das florestas; essa é uma fragilidade do SUS, que não está apto para atender especificidades. Compreender as diferentes formas de adoecimento dessas populações que estão mais vulneráveis, problemas de saúde relacionados à questão hídrica, dos agrotóxicos e psicológicos. Em contraponto, um desafio para o SUS é reconhecer, recriar e garantir os saberes tradicionais dessas populações.

A política em conformidade com a Resolução nº 3, de 6 de dezembro de 2011, lançou o Plano Operativo, que teve como principal objetivo apresentar estratégias para a gestão Estadual, Municipal e Federal. No intuito de enfrentar as iniquidades e as vulnerabilidades das populações do campo, da floresta e das águas. De acordo com o decreto n° 7.508/2011, que regulamenta a Lei n° 8080, art.13°, assegura ao usuário o acesso universal e igualitário dos serviços do SUS.

O desafio é também colocar em pauta as distorções em torno da saúde pública das populações do campo, das florestas e das águas, não só em debates acadêmicos ou em movimentos populares, mas também, nos debates com gestores, servidores e usuários do SUS, na ideia de uma construção de uma teia de saberes para promover uma saúde de qualidade para população brasileira.

4

Experiências e estudos conexos

CAPÍTULO 17

Agrotóxicos, saúde e agronegócio: desvelando um modelo envenenado

Vicente Eduardo Soares de Almeida
Cleber Adriano Rodrigues Folgado
Aline do Monte Gurgel
Lia Giraldo da Silva Augusto

A cada ano, cerca de 26 milhões de casos de intoxicação por agrotóxicos são registrados no mundo. Desses, três milhões requerem hospitalização; sendo 750 mil com registro de intoxicação crônica e 220 mil casos fatais, de acordo com Hart e Pimentel (2002).

Nos EUA, são registrados de dez a quinze mil novos casos de câncer por ano associados ao uso de agrotóxicos. Os custos decorrentes da contaminação por agrotóxicos ultrapassam o valor de um bilhão de dólares/ano, distribuídos em hospitalização, tratamento, mortes e perdas de capacidade laboral (PIMENTEL; BURGESS, 2014).

No Brasil, dados de óbitos decorrentes da intoxicação por agrotóxicos mostram que 1.669 casos foram registrados entre os anos de 2000 a 2008.

O mesmo estudo faz uma projeção para o período de 2007 a 2011, apontando um aumento de 126,77% na incidência de casos de intoxicação não fatal entre os trabalhadores do campo (UNIVERSIDADE..., 2012).

Vários estudos têm evidenciado a contaminação ambiental e de populações rurais em todo Brasil, expondo em detalhes os mecanismos e as consequências desse processo de contaminação ampliada e suas interações, limites e desafios para as políticas de promoção da saúde no campo (PIGNATI; MACHADO; CABRAL, 2007; CARNEIRO et al., 2012; RIGOTTO; VASCONCELOS; ROCHA, 2014).

O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) classifica o uso de agrotóxicos como uma das mais severas e persistentes violações

do direito humano à alimentação adequada, apontando um cenário de insegurança alimentar e nutricional e a possibilidade de desenvolvimento de diversas doenças, tais como cânceres, malformações congênitas, distúrbios endócrinos, neurológicos e mentais (BRASIL, 2012).

A análise dos resíduos de agrotóxicos em alimentos no país é feita pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que criou o Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (Para) no ano de 2001. O Para tem revelado a presença de resíduos de agrotóxicos em alimentos acima do Limite Máximo de Resíduo (LMR) aprovados nas monografias de cada ingrediente ativo e o uso de agrotóxicos não autorizados para as culturas em que foram detectados.

O consumo de alimentos com agrotóxicos pode levar ao surgimento de danos em decorrência da potencialização ou da atuação sinérgica dos compostos, mesmo quando os Limites Máximos de Resíduo (LMR) são obedecidos. Segundo Friedrich (2013), isso ocorre porque a ingestão diária aceitável (IDA) é estabelecida a partir de estudos conduzidos com uma única substância, sem considerar a interação entre os outros agrotóxicos que possam vir a ser utilizados na mesma cultura.

Em recente publicação, em 2015, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou um aumento significativo do consumo de agrotóxicos no país, apresentando o indicador como importante contribuinte no processo de análise do modelo de desenvolvimento adotado no Brasil. O indicador é uma aproximação da intensidade de uso de agrotóxicos nas áreas plantadas de um território, em determinado período.

No entanto, os autores alegam que o indicador, embora permita que se conheça a distribuição espacial genérica do "consumo" de agrotóxicos por área, apresenta algumas limitações.

O consumo por cultura, por exemplo, não pode ser inferido. Alega o IBGE que, caso essa distinção fosse possível, poderia se diferenciar o consumo das áreas com olericultura, em que tradicionalmente há uma grande utilização de insumos, entre esses os agrotóxicos das áreas com cultura de grãos, que apresentam índices bem mais baixos de consumo.

As limitações de identificação de consumo por cultura também comprometem uma investigação mais direcionada nas culturas denominadas por Almeida e colaboradores (2009) como "culturas indutoras de consumo de agrotóxicos" que, fatalmente, se associam à modernização conservadora adotada no campo (CARNEIRO; ALMEIDA, 2007), e estariam associadas a um percentual

significativo de aumento do volume utilizado e de riscos e de danos potenciais à saúde da população.

Assim, este capítulo tem por objetivo analisar esses dados e caracterizar o aumento intensivo da utilização de agrotóxicos no Brasil, por unidade de área e culturas, em associação com os agravos registrados no período de 2007 a 2012, sugerindo indicadores de impacto para monitoramento e tratamento de ações que promovam a saúde das populações do campo, da floresta e das águas. Com base em tais elementos, espera-se contribuir com o processo de avaliação e de implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA).

Aspectos relevantes para avaliação de impacto à saúde ambiental e das populações do campo sobre o uso de agrotóxicos

A PNSIPCFA estabelece em seu art. 3º objetivos específicos que se relacionam com o uso de agrotóxicos no campo, quais sejam:

> III. Reduzir os acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho no campo e na floresta, particularmente o adoecimento decorrente do uso de agrotóxicos.
>
> XII. Promover o fortalecimento e ampliação do sistema público de vigilância em saúde, do monitoramento e da avaliação tecnológica sobre os agravos à saúde decorrentes do uso de agrotóxicos e transgênicos (BRASIL, 2013, p. 24-25).

Dessa forma, antes de avaliar um cenário no contexto da lei, é importante questionar de forma crítica o que objetiva o processo de avaliação de impacto à saúde ambiental quando se trata de focar as populações do campo frente ao uso de agrotóxicos.

Primeiramente, é preciso analisar o que acontece com a saúde das populações do campo, considerando contextos ou condicionantes que vão produzir ou desencadear doenças, ou ainda agravar o estado de saúde de indivíduos frente à exposição aos agrotóxicos. Desse modo, é necessário compreender que é no contexto socioambiental, inscrito em uma lógica que articula a natureza e a

ação humana, aqui denominada de "ambiente", em que se situa o problema a ser estudado. O ambiente deve ser sempre descrito para compreender como a exposição aos agrotóxicos pode comprometer a saúde de homens e de mulheres trabalhadores do campo e de suas famílias.

A saúde, por sua vez, deve ser compreendida como um atributo da condição humana que decorre de um processo de determinação socioambiental e política. Como primeiro ponto dessa conceituação, observa-se que o binômio saúde-ambiente é interdependente. Os agrotóxicos entram como um "terceiro" elemento que afeta simultaneamente ambos, construindo tensões e disputas em defesa do direito à saúde e de um ambiente preservado e, por sua vez, saudável.

Considera-se que essa é a abordagem inicial ao se propor uma avaliação de impacto ambiental dos agrotóxicos nos processos produtivos químico-dependentes e na saúde humana no meio rural. Sempre que o ambiente for modificado a partir de processos poluidores e da degradação, serão gerados contextos nocivos para a vida em geral e para a saúde humana em particular, mesmo que nesse ambiente não haja grupos humanos. Nesse caso, devem-se considerar as dinâmicas da água, do solo, do ar e de todos os seres vivos e que estão em permanente interação, sendo dependentes também de processos espaciais e temporais.

Na perspectiva de Gomes, Filizoka e Spadotto (2016), a contaminação do Aquífero Guarani pelas atividades agrícolas químico-dependentes irá afetar futuras gerações que dependerão dessas águas, considerando que esse manancial será uma fonte estratégica de abastecimento humano diante da escassez de água que já se anuncia em diversas regiões do Brasil.

Para Palma (2011), a contaminação do leite materno por exposição de mulheres aos agrotóxicos, afetando tanto a sua saúde quanto a de seus filhos desde a tenra idade; a deriva de agrotóxicos pela aplicação aérea em monoculturas, afetando comunidades inteiras, seja de cidades, de vilas rurais, de aldeias indígenas, de acordo com Pignati (2012), ou até de escolas, segundo Burigo et al. (2015) e Lima Júnior (2015), são apenas alguns exemplos da diversidade de situações que ocorreram no Brasil nos últimos anos, desencadeadas pela expansão do modelo agronegócio e pelos grandes projetos do capital.

Os processos de degradação e de poluição ambiental provocados pelos agrotóxicos, considerando todos os elementos (água, solo, ar, flora, fauna, florestas, ecossistemas, biomas, territórios, cidades, campo), que geram impactos negativos sobre a sua qualidade, à vida e à saúde, são previsíveis e, portanto, passíveis de ser mitigados ou evitados.

Nesse sentido, a avaliação de impacto ambiental (AIA) deve considerar não

só a toxidade específica de cada agrotóxico, mas também as misturas que são realizadas, e as resistências que provocam nos seres vivos alvos da ação biocida, entre outros. O impacto negativo do uso de agrotóxicos deve ser examinado à luz das possibilidades de existirem medidas de prevenção de danos à saúde e ao ambiente, e se são exequíveis no contexto socioambiental em que serão empregados (AUGUSTO et al., 2015). Devem ser apontadas todas as possibilidades alternativas de menor impacto socioambiental, isto é, o exame da situação deve considerar a precaução como um princípio norteador do processo em questão (AUGUSTO; FREITAS, 1998; LIEBER, 2008).

Ao se falar em AIA, considerando a saúde das populações do campo diante da possibilidade de exposição a agrotóxicos, tem-se como principal objetivo antecipar ações para prevenir nocividades. No entanto, ao se examinar uma série de relatórios de Estudos de Impacto Ambiental de empreendimentos observa-se que a saúde, de modo geral, é pouco considerada. Isso remete a uma permanente vigilância nos processos dessas avaliações no sentido de colocar o tema da saúde em realce e com profundidade (CANCIO, 2008; SILVA et al., 2013a; 2013b).

Ao envolver os agrotóxicos, o tema é então revestido da maior importância e precisa ser examinado não só com o apoio dos cânones da toxicologia clássica, herdeira da crença cientificista da relação linear dose-efeito, mas também pela compreensão interdisciplinar e pela consideração da complexidade dos fenômenos biossociais envolvidos, no âmbito individual e coletivo. Não é possível aceitar que a saúde, um fenômeno complexo, fique subordinada a um determinismo decorrente de um cálculo de concentração, como são os indicadores de Dose Letal 50; Limites de Tolerância; Ingestão Diária Aceitável, dentre outros. Todos os indicadores quantitativos devem ser avaliados criticamente frente às análises de contexto e às múltiplas variáveis que interferem na patogenicidade dos agrotóxicos.

Os procedimentos metodológicos e técnicos para fazer a avaliação ambiental foram desenvolvidos, de modo geral, levando-se em consideração parâmetros quantitativos e qualitativos regulamentados em normas. No entanto, o que se observa é a burocratização dos processos, e, na maioria das vezes, as comunidades que sofrem ou que serão atingidas pelas mudanças ambientais não participam do processo de avaliação, ou são enredadas por mecanismos de audiências públicas, preparadas muito mais para ocultar situações de risco do que propriamente esclarecer e apresentar concretamente as medidas de prevenção e controle necessárias.

Existe uma série de tratados nacionais e internacionais que orienta a

elaboração das avaliações de impacto ambiental, nos quais a proteção da saúde humana está presente como um dos principais objetivos. Apesar de ter esse arcabouço jurídico-institucional no Brasil para uma série de empreendimentos, sua aplicação para as atividades do agronegócio não é percebida, uma vez que estão blindadas, pelo Estado, por serem o carro-chefe da economia nacional.

O agronegócio no Brasil é uma das atividades que mais degrada e polui o ambiente, provocando: desmatamento; perda de biodiversidade; salinização e erosão dos solos; contaminação das águas superficiais e subterrâneas, dos animais, das plantas, do ar e exposição humana. Essa atividade produtiva consome a maior quantidade de água potável disponível, que prioritariamente seria para consumo humano, é altamente consumidora de energia elétrica que é produzida às custas do represamento das águas ou por termoelétricas poluidoras. Nesse contexto, estão as populações do campo historicamente exploradas e vulnerabilizadas, que são compulsoriamente expostas aos agrotóxicos sem opção de escolha ou defesa.

O ordenamento do processo de avaliação de impacto ambiental para a saúde e suas principais etapas na atividade do agronegócio deveriam ser regulamentados, deixando claro quais seriam os impactos significativos à luz de métodos da epidemiologia social (BREILH; GRANDA, 1986; BREILH, 1990; 2004). Os critérios e os procedimentos de seleção, a definição do escopo dos estudos, a realização de estudos preliminares em alguns territórios e a formulação de alternativas deveriam nortear a construção dessa regulamentação, ausente no Brasil. A participação pública na construção de Termos de Referência, selecionando as questões relevantes e formulando alternativas para reduzir e evitar impactos adversos é necessária para não se repetirem os erros das avaliações de impacto feitas por experts sob o comando ideológico dos empreendedores (SANCHES, 2013).

Para cada território, são fundamentais a formulação de hipóteses; a identificação dos processos de causalidade; o conhecimento das ações ou as atividades humanas de trabalho e de vida social; a descrição das consequências negativas que incluem aspectos correlatos aos impactos ambientais; a identificação dos impactos cumulativos; e a coerência e a integração dos métodos e das técnicas empregados nas análises. Todos esses elementos devem ser conduzidos em diálogos de saberes que incluem o popular e o científico, harmonizados por uma ciência em favor da vida.

Considerar tais aspectos na previsão de impactos, os critérios de importância, o saber popular e produzir indicadores e métodos de previsão, incluindo as

incertezas e os erros de previsão é, pois, fundamental, isso deve passar pela validação popular dos grupos que foram vulnerados ou que estão vulnerabilizados, pois, no campo, quem melhor conhece o meio afetado com certeza é o camponês.

O longo histórico de acidentes tecnológicos, de desastres ampliados e os registros de intoxicações por agrotóxicos devem ser utilizados para a presunção de danos baseado no princípio da precaução (AUGUSTO; FREITAS, 1998). A percepção subjetiva das situações de riscos e dos perigos devem considerar aquelas observadas pelos camponeses envolvidos nos processos de trabalho e de produção.

Interessam diretamente às populações afetadas os componentes de um plano de gestão e medidas de intervenção, tais como: ações mitigadoras e de prevenção de situações de nocividades e perigos; de atendimento a emergências; medidas compensatórias; de reassentamento de populações humanas; de valorização indenizatória por danos sofridos; de estudos complementares ou adicionais; de plano de monitoramento; de capacitação e gestão; de estrutura e conteúdo da gestão ambiental integrada. Sendo assim, tais componentes não devem ser tratados hermeticamente em órgãos técnicos, governamentais ou empresariais, devendo-se buscar estratégias que promovam o diálogo entre os saberes, anteriormente referidos.

A comunicação do risco é outro elemento fundamental da avaliação de impacto ambiental e na saúde humana das populações do campo e deve ser realizada considerando a linguagem apropriada para o contexto cultural de cada território. Os relatórios técnicos devem ser traduzidos para que promovam uma compreensão profunda para qualquer um dos afetados e as soluções adotadas devem ampliar a informação para as comunidades envolvidas de modo a esclarecer sobre os riscos existentes.

Por fim, o acompanhamento e a integração entre o planejamento e a gestão são aspectos igualmente importantes e devem fazer parte do escopo da avaliação de impacto ambiental para a saúde das populações do campo com a participação pública, devidamente esclarecida sobre as nocividades e os perigos relacionados às atividades produtivas a serem instaladas nos territórios.

A participação cidadã nos assuntos de interesse e defesa da saúde é uma questão de direitos humanos, e, por essa razão, a consulta pública deve atender aos requisitos fundamentais para o esclarecimento e a tomada de decisão, na mais profunda transparência e promovendo um ambiente democrático, o que raramente acontece no Brasil quando se trata de Avaliação de Impacto Ambiental. Para as situações que afetam a saúde das populações do campo, esse

é um desafio que exige uma agenda ainda a ser conquistada.

Cenários, situações de risco e agravos decorrentes da intoxicação por agrotóxicos nas principais culturas no Brasil

O aumento do uso de agrotóxicos no país resulta na contaminação do ambiente e na exposição humana, com graves impactos à saúde pública, seja em decorrência da exposição ambiental, ocupacional ou por causa do consumo de alimentos contendo resíduos de agrotóxicos.

Os problemas decorrentes do uso de agrotóxicos são mais intensos nos países tidos por emergentes no capitalismo globalizado, em que causam anualmente 70 mil intoxicações agudas e crônicas que evoluem para óbito, e, pelo menos, sete milhões de doenças agudas e crônicas não fatais em decorrência dos agrotóxicos (INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION, 2005). Segundo Albuquerque e colaboradores (2015), o levantamento de estudos realizados no Brasil identificou que os resultados nacionais estão acima dessas estimativas.

Apesar das estimativas apontarem uma situação grave, estudos de Albuquerque et al., 2015; Silva, 2015; Malaspina; Lise; Bueno, 2011; Jorge; Laurenti; Gotlieb, 2010; Bochner, 2007; Faria; Fassa; Facchini, 2007; Peres; Oliveira-Silva; Della-Rosa; LUCCA, 2005, direcionam a subnotificação dos casos de intoxicação no Brasil. Entre os casos notificados, existem diferentes problemas nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) como não identificação de casos crônicos, dados incompletos, inadequados e informações que não possuem capacidade de subsidiar ações conforme estudos de Albuquerque et al., 2015; Silva, 2015; Jorge; Laurenti; Gotlieb, 2010; Faria; Fassa; Facchini, 2007; Moraes; Santos, 2001; Branco, 1996.

Apesar da existência de evidências inequívocas quanto aos riscos, perigos e danos provocados à saúde pelas exposições agudas e crônicas aos agrotóxicos, a maioria dos estudos analisa de forma isolada a exposição a um único ingrediente ativo e, geralmente, sob uma única via de exposição. Essa situação diverge do cotidiano da população, que se expõe simultaneamente a múltiplos agentes químicos, sugerindo uma situação ainda mais grave que a descrita pelos estudos (CARNEIRO et al., 2012; FRIEDRICH, 2013).

Para Augusto (2011), tradicionalmente, as pesquisas se baseiam no fato de que o corpo humano pode ingerir, inalar ou absorver certa quantidade

de agrotóxicos sem que isso acarrete consequências para a saúde, trabalhando com a falsa premissa de doses seguras de exposição ou então do risco aceitável. Sabe-se que não existe exposição segura aos agrotóxicos, uma vez que o perigo é inerente ao produto, não podendo ser eliminado. Algumas medidas coletivas e ou individuais podem ser adotadas para reduzir o risco, sem que isso, contudo, elimine o potencial de causar danos à saúde, que é característico de cada agrotóxico.

Há certos tipos de agrotóxicos que se acumulam no organismo humano, podendo com o tempo desencadear algum dano. Outros podem ser pouco tóxicos, mas ao entrar no organismo humano são degradados (metabolizados) em produtos mais tóxicos que o composto parental, podendo causar sérios problemas de saúde. Há também os agrotóxicos que podem ter seus efeitos potencializados ao interagir com outros compostos. No Brasil, a situação de trabalho no campo agrava esse cenário, dada a maior vulnerabilidade dos grupos expostos. Fica evidente que há um potencial risco à saúde, independente da exposição ser a baixas doses ou a produtos de baixa toxicidade.

Sabe-se que a exposição crônica a baixas doses pode levar ao aparecimento de efeitos biológicos, segundo Ray; Richards, 2001; Slotkin; Levin; Seidler, 2006; Bjørling-Poulsen; Andersen; Grandjean, 2008. A exposição a baixas doses durante o desenvolvimento fetal também pode produzir efeitos sobre a saúde, tais como a neurotoxicidade, conforme Harnly et al., 2005; Slotkin; Levin; Seidler, 2006; Jameson; Seidler; Slothin, 2007; Slotkin; Seidler, 2007. Estudos de Ahlbom; Fredriksson; Eriksson, 1995; Costa, 2006; Eskenazi; Bradman; Castorina, 1999, demonstram que a exposição contínua de animais ainda em fase de desenvolvimento a baixas doses de compostos, tais como os organofosforados, pode afetar adversamente o crescimento e a maturação neurocomportamental. A exposição crônica a baixas doses durante períodos prolongados também pode reduzir as respostas imunes humorais.

A avaliação do risco, entendida como a caracterização científica sistemática dos potenciais efeitos adversos da exposição humana a agentes ou a situações perigosas, pode fornecer informações sobre a natureza, magnitude e probabilidade de ocorrência de riscos, subsidiando a tomada de decisões (EUROPEAN FOOD SAFETY AUTHORITY, 2010).

Todavia, a avaliação do risco apresenta muitas limitações, particularmente no que se refere aos agrotóxicos, tornando-a pouco eficiente em sua tarefa de proteger a saúde da população. Uma delas é que a avaliação do risco utiliza como base os estudos realizados a partir da exposição a um único composto,

não sistematizando todos os efeitos sobre a saúde nas condições de múltipla entrada no organismo (inalatória, oral e dérmica) nem a exposição a misturas e, por consequência, seus possíveis sinergismos. Além disso, Friedrich (2013), avalia que esse modelo também pouco considera a incidência de outros potenciais agravos à saúde e menos ainda os demais contextos de vulnerabilidade social e econômica.

Considerando-se que ingredientes ativos de agrotóxicos são utilizados em diferentes culturas, tanto os trabalhadores quanto a sociedade como um todo estão potencialmente expostos a esses produtos. Não é possível mensurar adequadamente a quantidade real de agrotóxicos a que a população está exposta em decorrência da grande variedade de produtos a que as pessoas estão em contato diariamente, seja por ingestão, seja por inalação ou absorção pela pele. A população pode ser exposta a um mesmo agrotóxico mais de uma vez ao dia, ou a vários de uma única vez.

De forma geral, a caracterização do risco é feita com base na dose de exposição para cada substância, períodos e vias de exposição, sendo determinados valores toxicológicos de referência individuais, como o LMR. Em síntese, análise de resíduos de agrotóxicos em alimentos se baseia nos LMR detectados nas culturas analisadas, de forma individual para cada ingrediente ativo, não considerando o efeito aditivo a partir da soma dos agrotóxicos, tampouco informações sobre misturas e seus efeitos sinérgicos, limitando a identificação dos potenciais danos da ingestão dos agrotóxicos presentes na cultura. O controle é feito a partir do cálculo da estimativa de uma ingestão diária permitida para toda a população. Nessa análise, segundo Vasconcelos (2014), não são consideradas as características individuais, comportamentais e genéticas, como a variação do funcionamento fisiológico de cada indivíduo, o que representa um risco para a população.

Assim, a noção probabilística do risco pode ser inadequada para gerir as ameaças e pode mesmo tornar-se uma fonte de perigo. Em determinados contextos, a visão probabilística do risco pode levar as pessoas a negligenciar uma quantidade significativa de ameaças por as considerarem de muito baixa probabilidade. Essa visão também pode induzir a tendência em arriscar e prolongar no tempo procedimentos paliativos que pareçam eficazes, mesmo que sejam potencialmente perigosos (GRANJO, 2006).

Estudos de Vasconcelos, 2014; Theophilo, 2014; Cruz, 2014; Lemes et al., 2011; Caldas; Souza, 2010; Costa; Rohlfs, 2010, apontam os riscos decorrentes do consumo de alimentos contaminados com resíduos de agrotóxicos. A

intoxicação causada pelo consumo de resíduos de agrotóxicos nos alimentos representa, portanto, um importante problema de saúde pública, que pode ter efeitos graves e irreversíveis à saúde humana (VASCONCELOS, 2014).

Nesse sentido, o incentivo à agricultura orgânica, respeitando a sazonalidade e priorizando os alimentos da época, pode contribuir para a redução do risco de intoxicações agudas e crônicas da população. A informação desse perigo para a população também é importante para que o conhecimento fortaleça a busca de meios para minimizá-lo.

Desvelando o consumo de agrotóxicos no Brasil e seu arcabouço legal

A análise dos dados do Sindicato Nacional das Indústrias de Defesa Vegetal (Sindiveg) revela que, entre os anos 2000 e 2012, o volume de agrotóxicos comercializado no Brasil cresceu de aproximadamente 313 para 823 mil toneladas de produto comercial. O crescimento no consumo de agrotóxicos nesse período foi de 162,32%. Portanto, bastante superior ao aumento médio da produtividade de todas as culturas, que foi de apenas 56%.

Os dados levantados apontam que no ano 2000, o volume médio de agrotóxicos comercializado por habitante no país era de 1,85kg/habitante, passando para 4,24kg/habitante, treze anos depois (aumento próximo a 130%).

Esse fato tem sido agravado nos últimos anos e pode decorrer fundamentalmente do surgimento de plantas tolerantes a herbicidas, conhecidas como transgênicas, o que contraria narrativas dominantes entre aqueles que defendiam a implantação das sementes transgênicas, que eram (e ainda são) associadas a promessas de redução no uso de agrotóxicos, à preservação ambiental e à autonomia de agricultores com minimização de riscos para todos.

Peshin e Zhang (2014) afirmam que é forte a elevação global de consumo de agrotóxicos, especialmente de herbicidas, decorrente do uso de sementes transgênicas. Os dados encontrados por Benbrook (2012), nos EUA, também são corroborados pelos resultados dessa pesquisa, indicando que as lavouras transgênicas têm incrementado o passivo ambiental associado ao aumento do consumo de agrotóxicos, especialmente de herbicidas não seletivos, como o glifosato.

Como agravante, a legislação se mostra favorável ao obscurecimento de informações, à flexibilização de normas legais e à desmobilização da sociedade organizada. Como exemplos, podem ser citados processos decisórios levados a termo na CTNBio, e na Anvisa, projetos de lei que tratam de retirada de

identificação em alimentos à base de transgênicos, da autorização de importação e do uso de agrotóxicos ainda mais perigosos e da liberação do uso de agrotóxicos não autorizados no setor saúde (Anvisa), em decorrência de sua elevada toxicidade, nos casos de emergência fitossanitária.

Também merece lembrar o fato de que o limite máximo de resíduo de glifosato nos grãos de soja foi alterado em 50 vezes pela Anvisa (passando de 0,2 ppm para 10 ppm), viabilizando a colheita e a comercialização da soja transgênica. O exemplo ilustra a importância dada aos interesses do agronegócio, e a escassa relevância atribuída a aspectos de saúde, quando se aborda esse tema.

O sistema normativo de agrotóxicos no Brasil é relativamente novo, visto que a Lei Federal específica nº 7.802 data de 11 de julho de 1989, tendo sido regulamentada em 1990 pelo Decreto nº 98.816, que foi posteriormente revogado e substituído pelo Decreto 4.074, de 4 de janeiro de 2002. São esses dois instrumentos Normativos os principais balizadores da questão dos agrotóxicos, complementados com outros diplomas normativos, tais como Instruções Normativas, Portarias, Resoluções, entre outros, advindos dos órgãos responsáveis, tais como os Ministérios da Saúde; Ministério da Agricultura; Ministério do Meio Ambiente; das Agências Reguladoras e outros que atuam na questão (BRASIL, 1989; 1990; 2002).

A Constituição Federal também tem efeito normativo sobre o tema dos agrotóxicos, como, por exemplo, quando o artigo 6º menciona o direito social à saúde; ou quando trata da questão ambiental devidamente explicitada no art. 225, ou, ainda, quando aponta restrições à propaganda de agrotóxicos no parágrafo 4º do art. 220, para dar alguns exemplos (BRASIL, 1988).

O arcabouço legal que regulamenta um conjunto de atualizações deve e pode ser feito no sistema normativo de agrotóxicos sem nenhuma alteração da lei existente. Basta que os órgãos responsáveis, tal como dispõe a legislação, possam atualizar suas resoluções, portarias e instruções normativas, a fim de garantir o cumprimento e a proteção já prevista em lei, de direitos vinculados à proteção da saúde, ao ambiente, ao acesso à informação, entre outros.

Embora se avalie que os agrotóxicos são um importante problema de saúde pública na atualidade, é de se notar que tal situação não é por falta de norma estabelecida em lei. Ao contrário, parte dos problemas são advindos justamente pela falta do cumprimento da norma já estabelecida por parte dos órgãos que a devem cumprir e fazer cumprir. Desse modo, não é precipitado afirmar que se faz necessário uma (re)estruturação dos órgãos fiscalizadores, incorporando pessoal com a contratação de novos técnicos e a ampliação das estruturas físicas

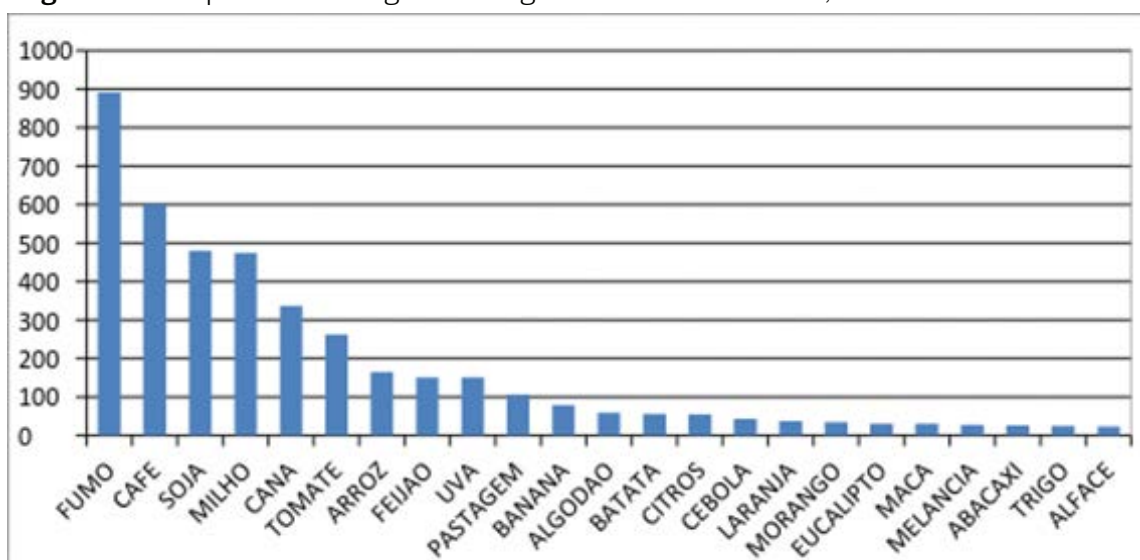
(prédio, laboratórios, carros, etc.).

São necessárias, portanto, alterações de prioridades, de modo que os investimentos governamentais possam potencializar as diversas experiências bem-sucedidas de produção agroecológica, por exemplo, por meio do Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos (Pronara). Esse programa, construído com a participação da sociedade civil, detalha 137 ações concretas que visam regulamentar de forma responsável o uso de agrotóxicos no Brasil. Convém ressaltar que seu lançamento, até o ano de 2015, contabilizou três adiamentos, frustrando esforços para assegurar a saúde das populações expostas a tais produtos.

Culturas e agravos à saúde em trabalhadores no campo

O uso de agrotóxicos no campo também está associado diretamente ao registro de agravos de intoxicações dos trabalhadores que atuam nas lavouras. No entanto, pouco se tem avançado na correlação direta entre os diferentes tipos de culturas e os registros efetivamente realizados.

Por meio da tabulação de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), foi possível estabelecer a relação entre os variáveis registro de agravos e o tipo de cultura em que isso ocorreu, como mostra a figura abaixo:

Figura 1: Frequência de agravos segundo cultura. Brasil, 2007 a 2015.

Fonte: Sinan (2014)

Não obstante a escassez das informações, observa-se comportamento similar entre a ocorrência de intoxicações por agrotóxicos e as principais culturas demandantes de agrotóxicos, com destaque para os monocultivos do café, da

soja, do milho e da cana (Figura 1).

A cultura do fumo, apesar de feita por agricultores familiares em sua maioria, e não apresentar um grande volume comercializado, está inserida na mesma lógica comercial das commodities, que são mercadorias globais de base primária (por exemplo: grãos), conduzidas por contratos ditados por multinacionais e com grande intensificação tecnológica. Outra hipótese para a cultura do fumo aparecer em primeiro lugar no registro de agravos é o desenvolvimento anterior de vários estudos de intoxicação de agricultores na cultura, especialmente no Estado do Rio Grande do Sul, ensejando maior qualificação do serviço médico para identificação dos agravos associados à cultura (UNIVERSIDADE..., 2009). Todavia, sabe-se que são significativas as ocorrências de subdiagnóstico e a subnotificação, especialmente para os casos agudos, fato que evidencia limitações importantes para a real dimensão dos cenários de exposição e suas repercussões para a saúde dos trabalhadores também no que se refere aos efeitos crônicos, diante do largo consumo dos agrotóxicos no Brasil.

A participação das hortaliças no quadro de intoxicações também é relevante, especialmente por causa do elevado volume médio de agrotóxicos consumidos por hectare, como se expressa a cultura do tomate (Quadro 1).

Quadro 1: Volume de agrotóxicos consumidos (kg/ha) e consumo por hectare nas culturas com maior registro de casos de intoxicações no brasil no período de 2007 a 2012.

Culturas	Consumo médio de agrotóxicos kg/ha (2012)	Ranking de registro de intoxicações por agrotóxicos (2007 a 2012)	Ranking de consumo de agrotóxico por hectare
Fumo	3,95	1º	6
Café	14,80	2º	3
Soja	16,45	3º	2
Milho	7,15	4º	5
Cana	7,60	5º	4
Tomate	114,51	6º	1

Fonte: Sindiveg; Sinan (2014)

Os resultados apontam que é necessária uma maior investigação sobre a associação das culturas com os agravos de intoxicações por agrotóxicos. Almeida e colaboradores (2009), ao analisarem o consumo de agrotóxicos em hortaliças, constataram que a concentração de agrotóxicos por hectare poderia chegar de 8 a 16 vezes mais que na cultura da soja. Segundo os autores, estima-se que a concentração de uso de ingredientes ativos de fungicidas em soja no Brasil tenha

sido de 0,5 litro por hectare, bem inferior a estimativa de quatro a oito litros por hectare em hortaliças, em média, no ano de 2008. Pode-se constatar que cerca de 20% da comercialização de ingredientes ativos de fungicidas no Brasil são destinados ao uso em hortaliças. Dessa maneira, pode-se inferir que o uso de agrotóxicos em hortaliças expõe de modo intensivo os trabalhadores.

Não obstante, a relação entre agravos e consumo de agrotóxicos deve considerar de forma interdisciplinar aspectos agronômicos, econômicos, sociais e sociosanitários, tais como: intensidade de mão de obra e de agrotóxicos por unidade de área, abrangência e alcance da área plantada, aspectos toxicológicos dos produtos utilizados, qualificação dos serviços de vigilância sanitária e participação e controle social sobre o sistema, dentre outras variáveis. Esse último, em destaque por seu potencial preventivo e promotor de saúde e se relacionar fortemente com a proposta do Obteia, ao promover a participação ativa das populações na promoção da saúde do campo, da floresta, das águas.

Trata-se de um desafio, agora, a construção das estratégias de superação desse quadro, abraçando a construção do diálogo de saberes e de práticas de forma duradoura para o enfrentamento dos riscos e a promoção da saúde das populações do campo e da cidade.

Considerações Finais

A PNSIPCFA, sem dúvida, é um importante marco histórico na saúde e um reconhecimento do Estado das condições e de determinantes sociais dessas populações e territórios.

O grande desafio consiste na consolidação de seus princípios e marcos estratégicos, em que se vincula fortemente a questão do uso de agrotóxicos no campo. Os elementos aqui apresentados fortalecem a necessidade de aprofundamento dessa diretriz em reforço aos objetivos que tratam dos agravos, da vigilância em saúde, do monitoramento e da avaliação das tecnologias empregadas no modelo agrícola adotado no país.

Diversos aspectos aqui tratados são úteis ao processo de avaliação da implantação da política, bem como da definição de estratégias de ação e de pesquisas voltadas ao aprofundamento da realidade em tela, como, por exemplo, a busca pela melhor caracterização dos riscos e de determinantes político-sociais associados ao uso de agrotóxicos, impregnados no modelo agrícola hegemônico do agronegócio.

Melhorias no processo de registro de agravos, análise dos processos tecnológicos adotados na produção de determinadas culturas, a intensidade de uso de agrotóxicos por unidade de área e seu alcance territorial, associação da transgenia com o aumento de consumo de agrotóxicos, novas abordagens para análise multiexposição de contaminantes e avaliação de impactos, bem como a participação fundamental das populações na construção e implantação da política devem ser os temas mobilizadores a serem considerados.

Em suma, prima-se por uma política de saúde do campo que tenha como premissas a defesa da permanência dos povos originários e tradicionais em seus ambientes de trabalho, sustento e vida, construindo oportunidades que possibilitem os povos do campo o acesso à terra, à água e aos territórios livres do julgo das grandes empresas transnacionais que buscam cotidianamente "desterritorializar" esses povos em detrimento dos projetos de dominação do capital, que afetam profundamente a saúde dos povos do campo, das florestas e das águas.

CAPÍTULO 18

As consequências da barragem na vida das famílias: desafios na luta pela saúde na perspectiva do Movimento dos Atingidos por Barragens

Judite da Rocha

Viver é tudo o que queremos no meio deste processo de desenvolvimento em que nos é tirado tudo como, por exemplo, os meios de sobrevivência, nossos costumes, cultura, produção, organização, etc. Na tentativa de nos ajudar na trajetória de vida, o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB) procura se organizar e lutar com as famílias atingidas como os camponeses, os reassentados, as(os) trabalhadoras(os) rurais, as(os) pescadoras(es), os dragueiros, os barraqueiros, os acampados entre muitas outras populações atingidas que foram expulsas das suas terras para a construção de grandes projetos, como a Usina Hidrelétrica do Estreito (UHE), para que as crianças, jovens e adolescentes tenham uma vida digna e com os seus direitos respeitados, principalmente nas áreas de saúde, de educação, de geração de renda. Para isso, contamos com vários coletivos organizados e atuantes em todo o Brasil, com maior ênfase nos coletivos de saúde, de mulheres, da juventude, da educação e da produção. Para melhor exemplificar, vejam as imagens a seguir.

O MAB é um movimento popular, autônomo, que emerge com objetivo de reunir, de discutir, de esclarecer, de organizar e de lutar com os atingidos por hidrelétricas em obras já construídas, em construção e as projetadas, para defesa de seus direitos elementares de atingidas/os.

Figura 1: A cultura das famílias construídas pelas mulheres.

Fonte: Registro fotográfico de Judite da Rocha, 2007

Criado no início dos anos 1970, aos poucos, o MAB ganhou dimensão nacional. Sua história é marcada por lutas para garantir os direitos das vítimas de construções de usinas hidrelétricas, entre elas camponeses, pequenos agricultores, sem-terra, índios, pescadores, ribeirinhos, quilombolas e mineradores. Segundo a última estimativa da Comissão Mundial de Barragens realizada em 2000, foram construídas duas mil barragens no país, que provocaram o despejo forçado de 1 milhão de pessoas. Dessas, cerca de 70% não teriam recebido qualquer tipo de indenização. São inúmeros direitos humanos negados no processo de construção de uma barragem. De um dia para o outro, milhares de pessoas descobrem que serão obrigadas a deixarem suas casas. Aos atingidos, são negados o direito à informação, à memória e à terra. E para as mulheres, as violações são ainda maiores.

O MAB tem representações regionais em quinze estados brasileiros. Entre seus objetivos está a criação de um Projeto Popular para o Brasil, baseado nos valores e nos princípios do movimento, e defende também a construção de um novo modelo energético alternativo e popular, comprometido com a

preservação dos recursos naturais.

Segundo informações disponíveis no site do MAB (www.mabnacional.org.br), a construção das usinas hidrelétricas de Sobradinho, Itaparica, Itapu, Itá e Machadinho e Tucuruí levou à fundação do movimento. Ainda de acordo com o site, essas obras — que desalojaram milhares de pessoas — apresentam até hoje problemas sociais e ambientais pendentes de solução.

Desde o III Congresso Nacional promovido pelo MAB, em 1996, o movimento vem lutando por uma nova política energética que assegure a participação popular no planejamento, na tomada de decisão e na execução das construções de usinas, priorizando situações sociais e ambientais, além de corrigir as distorções existentes no setor elétrico, acabando com desperdícios na transmissão, na execução e no consumo de energia, bem como o fim dos subsídios aos grandes consumidores.

As populações atingidas por barragens carecem de uma política nacional que garanta o alcance adequado aos direitos sociais básicos, ao que se inclui o acesso às políticas de saúde pública. Desse modo, o MAB tem buscado parceria com o Grupo de Pesquisa Educação Popular na Universidade (Grupepu) e com o Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Estudos Agrários, Urbanos e Sociais (Nipeas), ambos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), para a capacitação de agentes comunitários de saúde nas áreas atingidas e lideranças das comunidades atingidas, por meio de vários projetos viabilizados junto ao Ministério da Saúde. A iniciativa parte dos avanços governamentais ensejados desde o ano de 2010, para atendimento das demandas sociais da população atingida por empreendimentos de geração de energia hidrelétrica na região sul do país.

O Decreto Presidencial nº 7.342/2010, assinado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em outubro de 2010, estabeleceu critérios para o cadastro socioeconômico de todos os atingidos, servindo como instrumento de qualificação, de identificação e registro público dessa população. Porém, a ausência de regulamentação até os dias de hoje tem dificultado a aplicabilidade adequada do significado de "atingido por barragens" como público-alvo de políticas e de programas específicos e necessários, reproduzindo historicamente a situação de vulnerabilidade social dos atingidos. Nesse contexto, é importante reforçar a justificativa de uma política de saúde que busca abrir caminhos para o avanço da universalização de acesso aos programas de saúde existentes.

O decreto citado instituiu um Comitê Interministerial de Cadastro Socioeconômico para dar consecução às demandas sociais identificadas.

O Comitê é composto pelo Ministério de Minas e Energia, pelo Ministério

do Meio Ambiente, pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, pelo Ministério da Pesca e Aquicultura, pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário e pela Secretaria-Geral da Presidência da República.

Todavia, constata-se, ainda de modo acentuado, a violação crônica dos direitos humanos dos atingidos, de modo que, consoante o Artigo 2º desse mesmo decreto, os impactos já reconhecidos pelo Estado são: perda de propriedade ou da posse de imóvel localizado próximo da barragem; perda da capacidade produtiva das terras de parcela remanescente de imóvel que faça limite com a barragem e por ela tenha sido parcialmente atingido; perda de áreas de exercício da atividade pesca e dos recursos pesqueiros, inviabilizando a atividade extrativa ou produtiva; perda de fontes de renda e trabalho das quais os atingidos dependam economicamente, em virtude da ruptura de vínculo com áreas produtiva próximo da barragem; prejuízos comprovados às atividades produtivas locais, com inviabilização de estabelecimento; inviabilização do acesso ou de atividade de manejo dos bens naturais e pesqueiros localizados nas áreas próxima da barragem, incluindo as terras de domínio público e uso coletivo, afetando a renda, a subsistência e o modo de vida de populações; e prejuízos comprovados às atividades produtivas locais, a jusante e a montante do reservatório, afetando a renda, a subsistência e o modo de vida de populações (ROCHA, 2011).

Consoante a Comissão Especial "Atingidos por Barragens", do Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana, em relatório publicado também durante o ano de 2010, foi reconhecido que:

> Durante os trabalhos da Comissão, ficaram evidentes a relevância e magnitude dos impactos sociais negativos decorrentes do planejamento, implantação e operação de barragens nos casos estudados. Os estudos de caso permitiram concluir que o padrão vigente de implantação de barragens tem propiciado, de maneira recorrente, graves violações de direitos humanos, cujas consequências acabam por acentuar as já graves desigualdades sociais, traduzindo-se em situações de miséria e desestruturação social, familiar e individual (CDDPH, 2010, p. 12).

Nesse contexto, identifica-se a imprescindibilidade de iniciativas governamentais que garantam o acesso da população de atingidos por barragens às políticas de saúde pública, sobretudo, a partir da constatação de que o decreto

acima mencionado não versa sobre as demandas de saúde e o Ministério da Saúde não compõe o Comitê Interministerial, oficialmente responsável pelo atendimento das reivindicações sociais deste grupo, Comitê este que carece de funcionalidade prática.

Com vistas a superar o abandono social ao qual o conjunto da população rural tem sido sistematicamente submetido pelo Estado, de modo ainda mais alarmante no tocante às políticas de saúde, em dezembro de 2011, desdobrou-se uma iniciativa promissora, uma vez que foi instituída a Portaria nº 2.866, que criou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), elaborada pelo governo em conjunto com o Grupo da Terra, composto por movimentos sociais (representantes da sociedade civil organizada), e do qual o MAB participa. Nesse ínterim, o MAB busca também constituir com o governo federal a Política Nacional de Direitos dos Atingidos por Barragens (PNAB) cuja consolidação em âmbito nacional ainda não foi realizada, mas que, no entanto, tem sido aprovada em instâncias estaduais como no Rio Grande do Sul, por meio da assinatura da Política Estadual dos Atingidos por Empreendimentos Hidrelétricos.

Com o anúncio da construção da UHEs – Lajeado, Peixe Angical, São Salvador e Estreito, todas no estado do Tocantins e outras obras como a ferrovia Norte-Sul –, vêm pessoas de vários Estados e regiões do país, crescendo assim o fluxo populacional nas regiões atingidas, triplicando os números de homens em busca de novas oportunidades de emprego. Com esse aumento populacional, cresce os riscos das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) nas famílias que moram nessas áreas rurais e cada vez mais aumenta a situação de vulnerabilidade dos jovens e dos adolescentes que vivem em condições de miserabilidade, desemprego, baixa escolaridade, trabalho infantil, em situação de drogadição e de violência. Ao vivenciarem a mudança da idade, ainda se deparam com transformações relacionadas com a estrutura familiar, além da falta de acesso amplo aos meios de comunicação, aos serviços de saúde e aos meios de prevenção de DSTs (preservativos). Somado aos diversos fatores de vulnerabilidade, existe outro fator alarmante que é a violência sexual praticada contra jovens e adolescentes, incluindo o abuso sexual e a exploração sexual comercial.

Diante do exposto, crianças e adolescentes são marginalizadas e têm sua infância roubada, tendo que buscar diversas alternativas para seu sustento ou o de sua família, deixando de viver cada etapa de sua vida, o que é

indispensável para o ser em desenvolvimento.

Porém, a nossa luta continua, pois vivemos em uma realidade que é preciso estar organizado e sempre em processo de luta para trazer presente o conceito de saúde que temos hoje para a população do Campo, da Floresta e das Águas, que deve ser um conceito ampliado. As imagens a seguir registram momentos dessa luta.

Figura 2: Lutas do MAB.

Fonte: MAB

Entretanto, as grandes hidrelétricas têm sido construídas em grande parte na região amazônica, com o discurso de que trarão desenvolvimento para o país, geração de empregos, diminuição das tarifas e tecnologia mais limpa. Porém, têm trazido muitos problemas.

Figura 3: Hidrelétrica de Estreito.

Fonte: Registro fotográfico, Judite da Rocha, 2011

O atual modelo não compensa e nem indeniza as populações atingidas, na verdade, as deixam sem nada. Ao longo desses anos, milhares de famílias têm sido vítimas de um padrão nacional de violação de direitos humanos em barragens. O uso de práticas de acumulação primitiva, por governos e empresas, resultou numa dívida social histórica do Estado brasileiro, ainda não paga. As violações seguem em ritmo acelerado.

Dessa forma, as pessoas atingidas pelas barragens passam pelo processo de desapropriação do local de moradia em que vivem, pois têm ligação íntima com a natureza. Porém, quando se contrói uma hidrelétrica, a desapropriação e o remanejamento são ações inevitáveis. Como exemplo, há a população ribeirinha, que é reassentada e que mudou a sua realidade e a sua forma de viver. Sabemos que a saúde das famílias atingidas está condicionada a fatores sociais, raciais, de gênero, econômicos, tecnológicos, mas elas têm sofrido em decorrência das grandes transformações sociais, ambientais, econômicas, políticas e culturais no seu contexto, e em suas diferentes formas de manifestações e danos provocados pelos impactos das hidrelétricas na saúde (ROCHA, 2009).

As consequências da barragem na vida das famílias

Os impactos das barragens hidrelétricas que afetam a saúde das famílias ocorrem desde o início das discussões na fase de planejamento da obra, durante e depois da construção das obras. Nesse sentido, podemos dizer que estamos vivendo um aprofundamento do processo de exploração dos países em relação aos pobres, por meio dos interesses de empresas transnacionais capitalistas, em busca dos recursos naturais, como: água, petróleo, minerais, biodiversidade e terras férteis.

A construção da usina hidrelétrica representa, para as populações ribeirinhas, a destruição de seus projetos de vida, impondo sua expulsão da terra sem apresentar compensações que pudessem, ao menos, assegurar a manutenção de suas condições de reprodução num mesmo nível daquele que se verificava antes da implantação do empreendimento, e isso causa diversos problemas também de ordem psicológica nos moradores, tais como a depressão (ROCHA, 2011).

O não reconhecimento dos diversos grupos de famílias atingidas acontece porque a metodologia utilizada pelas empresas com os levantamentos, cadastro, laudo de avaliação – com muitas terminologias técnicas, o que tem dificultado muito o entendimento das pessoas – nega a existência de parte das famílias das comunidades que são impactadas, pois ficam em uma situação de vulnerabilidade. Estudo de Rigotto (2013) afirma que os

> "Povos residentes nas áreas atingidas têm a negação do modo de vida tradicional; o não reconhecimento das formas de organização social das comunidades atingidas; o desrespeito ao direito de greve e a utilização de estratégica de violência simbólica e material".

As famílias impactadas por esses grandes projetos são constituídas por homens, mulheres, crianças e adolescentes, pessoas que são vítimas dos chamados grandes empreendimentos, que estão diretamente vulneráveis em decorrência das grandes transformações em suas vidas. Segundo Guilherme, morador da Ilha,

> [...] a ausência de informação dos impactos que é causado nas nossas vidas é muito bem escondido, é pra enganar nós mesmo, a desconsideração de vida da comunidade, o desrespeito com a nossa cultura, a forma brutal de como a gente tem que sair das nossas casas chega a doer na alma (Entrevista concedida ao

> Jornal do MAB, Guilherme morador da Ilha no Acampamento em Estreito, em 18/6/2010).

A invisibilidade fica bem clara com a omissão e o descumprimento político do próprio Estado e a falta de informações reais do que existe, o que já faz parte das estratégias das próprias empresas, que omitem as informações para a população, por meio de um discurso falso e enganador, no qual afirmam que a população sempre vai ganhar com esses grandes empreendimentos e que tudo vai melhorar na cidade e nas vidas das pessoas. Em um relato feito por uma mulher que não quis se identificar, ela diz:

> Eu sou casada, mas depois que esse povo dessa empresa chegou e tivemos que sair donde morava mais mia família, de onde nós plantava, sabe? Aí meu marido ficou sem trabaiar. Meus fios passando fome, aí eu fui ficar com os homens das empresas que eles oferece pra nós vinte a trinta reais pra me ficar com eles e eu fico. Porque num vou deixar meus fios com fome né? (Entrevista concedida por ocasião do Acampamento de Estreito, em 2010).

Porém, não se pode atribuir aos projetos de barragens a responsabilidade integral pela desigualdade nas relações de gênero. É certo, todavia, que eles alteram as condições preexistentes e tendem a agravar a situação das mulheres. A sociedade capitalista e patriarcal é reforçada pela ação das empresas em iniciativas locais (em que a barragem está sendo ou foi construída) e estruturais do modelo capitalista. O anúncio da construção das barragens traz diversas reações de comportamento no seio das famílias entre mulheres e homens. Na maioria das vezes, verifica-se que elas têm forte resistência em sair do território, pois a preocupação de ficar sem nada para os filhos faz com que tenham mais resistência em sair do território e não conseguem assimilar a possibilidade de mudanças daquele espaço. Já alguns homens se convencem com mais facilidade e veem a possibilidade de ganhar compensação financeira ao sair do local (MAB, 2011).

Assim, essas pessoas vivem muito distantes das políticas públicas do governo, porém sobrevivem com os seus costumes, principalmente em relação à saúde, trazendo consigo vasto conhecimento das propriedades medicinais de raízes, plantas e ervas, e práticas de cuidado em saúde

praticado ao longo desses anos.

O que se observa é que os projetos de infraestrutura que vêm aliados ao discurso do desenvolvimento e da geração de emprego não são pensados para envolver as pessoas, mas sim para alguns grupos de empresas nacionais e multinacionais que, além de se beneficiarem da geração de energia, passam a deter o poder sobre um determinado território, passando também a ditar a vida das pessoas, como forma de ameaça ou de oportunidade, ignorando a própria história de vida das famílias, fazendo com que muitas pessoas percam a vontade de viver, como é demonstrada na fala da Maria, moradora da Ilha de São José.

> Eu nunca quis sair da Ilha. Queria mesmo era morrer lá, sempre pensei assim, hoje estou aqui, mas o que adianto eu não é feliz, aqui não tem o que eu tinha lá já pensei muitas vezes em achar um jeito de voltar (Entrevista concedida por Maria da Ilha, em 2010).

Segundo Bermann (2007), muitas pessoas que são atingidas, quando perdem tudo, deixam de ver sentido em viver, pois estão diante de um projeto que é chamado de desenvolvimento, mas que em realidade tem para uns é um projeto de morte e para outros, um momento de questionamento: desenvolvimento de quê? Para quem? E para quê?

> Com frequência, a construção de uma usina hidrelétrica representou para as populações ribeirinhas, a destruição de seus projetos de vida, impondo sua expulsão da terra sem apresentar compensações que pudessem, ao menos, assegurar a manutenção de suas condições de reprodução num mesmo nível daquele que se verificava antes da implantação do empreendimento (BERMANN, 2007, p. 2).

Podemos, ainda, observar diversos impactos, como: aumento populacional; pressão sobre as infraestruturas comunitária (escola, postos de saúde, hospital, bancos); aumento das casas noturnas; surgimento de doenças não comum no dia a dia das famílias; êxodo rural; aumento dos valores de aluguel; aumento exponencial dos valores praticados em aquisição de áreas de terra para produção; proliferação de mosquitos e de animais peçonhentos em decorrência do

desmatamento e do enchimento do lago.

Dessa forma, no Entorno da UHE de Lajeado existia apenas uma casa noturna, com a etapa de construção esse número aumentou para cem casas noturnas. Contudo, em Estreito, de acordo com o relato da senhora Maria da Ilha:

> Existiam três casas noturnas e esse número subiu para duzentas casas noturnas contribuindo assim com a exploração e comercialização sexual de mulheres jovens, adolescentes. Eu tenho muito medo do que possa acontecer com minha vida de agora pra frente, já que **tão me arrancando de onde eu moro a minha vida toda** (ENTREVISTADA MARIA DA ILHA, 2011). (Grifo meu).

Nesse sentido, é indispensável reconhecer as principais vítimas desse modelo "econômico energético" adotado em nosso país. Contrariando o discurso do desenvolvimento, o legado que fica para as famílias atingidas, os distúrbios sociais e a enorme exposição dos jovens, crianças e adolescentes a diversos tipos de vulnerabilidades, começando com a desigualdade de gênero. Mesmo sabendo que

> "a criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis" (FABRICIA, 2006).

A violência física e psicológica, assim como as dificuldades no acesso aos serviços de saúde e educação e a falta de informação acabam levando as jovens a uma gravidez não planejada e a diversas formas de vulnerabilidades que estão colocadas nessa situação. Dessa forma, aliados a todos esses problemas, ainda destacamos a prostituição, a exploração sexual, a exposição ao uso de drogas lícita e ilícitas, a epidemia da Aids, a infecção pelo HIV, a transmissão das DST´s, a fome e a miséria. Cabe ainda destacar que além das doenças sexuais, ocorre também a proliferação de insetos e de outras doenças como a tuberculose, o sarampo, a malária, entre muitas outras (FERREIRA, 2007).

Diante do que foram expostas, essas crianças, jovens e adolescentes são marginalizadas e têm sua infância roubada, tendo que buscar diversas

alternativas para seu sustento ou o de sua família, deixando de viver cada etapa de seu desenvolvimento. Infelizmente, seja na cidade seja no campo, os direitos das famílias estão sendo frequentemente violados.

A abrangência e a complexidade dos desafios que as famílias atingidas enfrentam durante o período da construção das barragens e após causam consequências desastrosas como a destruição da biodiversidade, do cerrado, das florestas tropicais, das matas virgens, da inundação dos rios, ou seja, essas populações têm a sua cultura arrancada pela raiz. Os ribeirinhos têm prejuízos, perdem seus empregos, perdem suas colheitas, suas roças, seus patrimônios, seu plantio e todo o seu meio de sobrevivência.

Porém, ainda têm que lutar: pela valorização da vida; pelo acesso ao conhecimento e à informação; pela saúde como dever do Estado; por atenção integral; por prioridade à promoção e à prevenção; por respeito às diferenças culturais; pelo fortalecimento das práticas não convencionais; pela saúde como uma conquista de luta popular (ROCHA, 2011).

As populações do campo sempre enfrentaram a descontinuidade das ações, modelos que não se consolidaram e uma fragmentação de iniciativas que ainda contribuem para seus altos níveis de exclusão e discriminação pelos serviços de saúde.

Como lição para se pensar em novas políticas, deve se ressaltar o fracasso das propostas de caráter desintegrado, centralizado, curativo, urbano, não universais, em detrimento de ações como as de saneamento, de estímulo a participação social e de ampla utilização de agentes de saúde.

Dessa forma, devemos continuar na luta por um novo projeto energético popular, que contemple o desenvolvimento do país, com ampla distribuição da renda para todos os brasileiros, na luta pelos direitos dos atingidos por barragens, até mesmo o direito de dizer "não" às obras e na luta para que toda a injustiça praticada contra os atingidos tenha alguma forma de reparação (SABROZA, 2007).

Vivemos num modelo de sociedade capitalista, imperialista e patriarcal, em que as empresas transnacionais controlam a economia, se apropriam da natureza, das tecnologias, da força de trabalho, de nossos territórios, com um único objetivo: acumular riquezas às custas da exploração dos trabalhadores. Em especial, as mulheres atingidas sofrem por não terem os seus direitos, ou seja, não são reconhecidos e valorizados, pois em relação ao seus trabalhos, elas não são valorizadas pelas empresas que constroem as barragens. E, nesse sentido, é que foram aprovados os 16 itens pela Comissão de Direitos Humanos, que são:

1. Direito à informação e à participação.
2. Direito à liberdade de reunião, associação e expressão.
3. Direito ao trabalho e a um padrão digno de vida.
4. Direito à moradia adequada.
5. Direito à educação.
6. Direito a um ambiente saudável e à saúde.
7. Direito à melhoria contínua das condições de vida.
8. Direito à plena reparação das perdas.
9. Direito à justa negociação, tratamento isonômico, conforme critérios transparentes e coletivamente acordados.
10. Direito de ir e vir.
11. Direito às práticas e aos modos de vida tradicionais, assim como ao acesso preservação de bens culturais, materiais e imateriais.
12. Direito dos povos indígenas, quilombolas e tradicionais.
13. Direito de grupos vulneráveis à proteção especial.
14. Direito de acesso à justiça e à razoável duração do processo judicial.
15. Direito à reparação por perdas passadas.
16. Direito de proteção à família e a laços de solidariedade social ou comunitária.

Esses itens listados foram considerados graves pelo CDDPH, como violação dos direitos humanos da população atingida. Assim, a vida das mulheres atingidas tem sido marcada por tanto sofrimento e muitos problemas de saúde, porque toda a responsabilidade recai sobre elas que são mães, mulheres, donas de casa. Vale ressaltar outro dado negativo, elas ainda são culpadas por tudo o que perderam quando saíram do lugar em que viviam.

As mulheres são atingidas por um modelo energético que viola os direitos humanos, pois a energia na atual sociedade é central para a reprodução do capital, que a utiliza como forma de acelerar a produtividade do trabalho da classe trabalhadora, com a meta de extrair e de acumular o máximo de valor nas mãos dos grandes grupos capitalistas. O Estado é o organizador dessa forma de exploração, pois planeja, financia, executa, cria as leis e dá a segurança necessária para favorecer os interesses do grande capital, sem se preocupar com o sofrimento feminino, com a dor que as mulheres passam ao ver tudo que foi construído com tanto esforço, para criarem seus filhos, debaixo da água. O que fica para sempre é

a destruição da cultura, do modo de vida, das nossas plantas e das ervas que se usa para fazer os remédios, dos alimentos e de tudo o que é delas e principalmente dos seus rios.

Nesse sentido, o MAB vem desde 2003 contribuindo por meio de seu coletivo de saúde com formas de desenvolver ações de prevenção e formações – promovendo rodas de diálogos e debates – e no resgate dos usos das ervas e das plantas medicinais que fica tudo debaixo da água. Para um melhor enfrentamento dessas desigualdades sociais, o MAB, em todas as atividades, vai buscar parcerias com o SUS, junto ao Ministério da Saúde e por meio da contribuição dos profissionais das coordenações Estaduais e Municipais de DST/HIV/Aids, que ajudam na formação e na capacitação permanente dos agentes multiplicadores e no desenvolvimento das atividades para o bom andamento do projeto. Contamos com o apoio do SUS na disponibilização de materiais educativos que são distribuídos nas oficinas pedagógicas e nas campanhas com as populações camponesas e ribeirinhas, além das distribuições de preservativos, item essencial para os bons resultados. O projeto visa a diminuir a incidência do HIV/Aids e outras DSTs, estabelecer parcerias com as unidades de saúde da família das áreas envolvidas no projeto. Não esperamos que o SUS venha até nós, procuramos convidar os parceiros do SUS para que participem de todas as atividades que promovemos.

Em 2010, o MAB, buscou fazer um debate mais amplo dos determinantes sociais da saúde, os quais vêm enfrentando na saúde da população atingida pelas hidrelétricas, para fazer parte do Grupo da Terra. É neste espaço que o movimento vai ampliando o debate como os outros Movimentos Sociais, com outros ministérios e com o próprio Ministério da Saúde e outras entidades que fazem parte do Grupo da Terra.

A PNSIPCFA tem sido uma ferramenta para o movimento, outro elemento em buscar de ter acesso e garantia ao SUS. Um outro elemento que ajude a sistematizar alguns desses problemas que ao longo dos anos denunciamos, como, por exemplo, a violação dos diretos das famílias atingidas. Dessa forma, foi a pesquisa do Obteia que trouxe um outro jeito de fazer ciência, em que os atingidos deixam de ser só objeto de pesquisa e se tornam os pesquisadores com a instituição de ensino, e isso fez a diferença.

É nesse espaço que o movimento coloca a suas problemáticas, mas também as lutas que têm feito para amenizar os problemas. São os trabalhos com as

mulheres com o Projeto das Arpilleras em que, por meio do bordado, elas mostram para a sociedade a violação dos seus direitos, principalmente no que tange à saúde, colocando em voga, também, os que elas têm sofrido por ser mulher e por ser atingida pelas hidrelétricas, como veremos nesta Arpillera.

Figura 4: Projeto das Arpilleras: Maria da Ilha.

Fonte: MAB

Nessa Arpillera, vamos contar a história das mulheres que cuidavam da saúde. Entre elas, narraremos a vida da Maria da Ilha, que na Ilha era considerada a doutora, advogada e, muitas vezes, a feiticeira. Quando alguém ficava doente, as famílias recorriam a ela para indicar tratamentos com chás, garrafadas das ervas e plantas medicinais, bem como benzimentos e cuidados. Além disso, Maria também fazia partos. Mas com a chegada da barragem, as famílias tiveram que sair da Ilha e perderam quase todos seus costumes, as ervam e as plantam ficaram debaixo da água e não deu para trazê-las, tudo isso era a prevenção à saúde, pois o SUS não chegava no local. Com essa situação, muitas famílias foram para os reassentamentos, outras para a cidade, outros, ainda, ficaram sem nada e foram para os acampamentos.

Após a construção das barragens, muitas doenças têm surgido, mas as pessoas não têm atendimento nos postos de saúde, nem condições de ir todo dia para conseguir a consulta. Além disso, não têm acesso as outras políticas públicas que possibilitam o acesso à saúde, como afirma a Organização Mundial da Saúde. Assim, ter saúde é ter moradia, alimentação, lazer, trabalho, é o bem-estar social de todas as famílias.

Dessa forma, ao não terem direito a isso, que são componentes da saúde, as mulheres sofrem pela perda de sua cultura, do modo de vida que tinham na comunidade, perdem os usos das ervas e das plantas medicinais, além do cuidado, gerador de mais qualidade de vida e saúde. Por isso, a importância de uma construção coletiva e de uma luta contínua por outro modelo de desenvolvimento que aponte possibilidades para a promoção da saúde, do acesso e do cuidado, preservando a valorização do conhecimento tradicional.

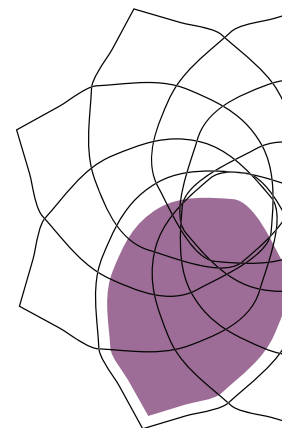
Os nossos desafios na luta pela saúde

A falta de acesso faz com que as famílias busquem resgatar as ervas e as plantas medicinais que ficaram debaixo da água, que eram utilizadas nos cuidados da saúde. Vale ressaltar a importância de se fortalecer as redes de mulheres para atender a sua saúde e efetivar os direitos garantidos na política dos direitos sexuais e reprodutivos, a fim de garantir a implantação/efetivação do protocolo de atenção à saúde da mulher em situação de violência. Outro ponto importante é garantir acesso ao aborto seguro, pois têm muitas mulheres que fazem sem nenhum cuidado, principalmente jovens.

Assim, é crucial prevenir os impactos das grandes obras na vida das

mulheres atingidas pelas barragens, garantindo, dessa forma, a formação profissional e de gestores que deem conta da diversidade e das especificidades da saúde no campo, na floresta e nas águas, bem como garantir a contratação de profissionais que saibam atender essas mulheres. Também é crucial dar atenção à importância de se pensar em novas tecnologias alinhadas à diversidade do campo, das águas e da floresta, como forma de garantir o fortalecimento do SUS como política pública de saúde, como um modelo de sociedade democrática que atende a todas(os).

Facilitar o entendimento das informações às mulheres rurais, em especial a utilização de linguagem adequada e com ilustrações dos materiais informativos e formativos sobre prevenção e saúde, sendo uma forma de instituir uma rede especializada para atender as mulheres, com profissionais capacitados no SUS.

Seguimos na luta para continuar a mobilização a fim de cuidar da agroecologia, da biodiversidade, da agricultura camponesa cooperada, da produção de alimentos saudáveis, da reforma agrária, dos direitos previdenciários, da saúde e da educação gratuita e de qualidade para todos. Para defender a terra, a água, as sementes, a energia e o petróleo como bens da natureza a serviço dos seres humanos.

CAPÍTULO 19

A afirmação da identidade de "povos do mangue" em meio ao conflito com o hidronegócio: a carcinicultura no Cumbe, Aracati (CE)

Ana Cláudia de Araújo Teixeira
Ângela Maria Bessa Linhares
Raquel Maria Rigotto
Antonio George Lopes Paulino

A carcinicultura, criação de camarão em cativeiro, responsável pelo rápido crescimento da aquicultura mundial, foi introduzida no Brasil na década de 1970, e somente no final dos anos 1990, com o desenvolvimento de um pacote tecnológico do camarão do pacífico (Litopenaeus vannamei), por meio do incentivo de políticas públicas e com o financiamento dos bancos públicos, atinge um crescimento acelerado até 2004 (ASSOCIAÇÃO..., 2004; 2005; BATISTA; TUPINAMBÁ, 2011; MEIRELES; QUEIROZ, 2012).

No Ceará, o município de Aracati, chegou a concentrar o maior número de fazendas de camarão e a maior área ocupada, com grande parte implantada no Cumbe (IBAMA, 2005), uma comunidade remanescente de quilombo (BRASIL, 2014), com cerca de 576 habitantes e 135 famílias, distante aproximadamente 12 Km de Aracati (NOGUEIRA; RIGOTTO; TEIXEIRA, 2009; QUEIROZ, 2007; NOGUEIRA, 2006), com 69.159 habitantes (IBGE, 2010).

Agraciado por um rico e complexo ecossistema, o Cumbe encontra-se cercado “por dunas ao leste, carnaubais em todo o entorno, pelo Rio Jaguaribe e o manguezal a oeste [...]” (PINTO, 2009, p. 23). Entretanto, a implantação da carcinicultura, pautada no discurso do desenvolvimento e do progresso e na geração de emprego e renda, causou graves danos socioambientais e tensionou o modo de vida da comunidade, comprometendo, sobretudo, a sua

relação com o ecossistema manguezal e a continuidade da cultura do trabalho no mangue, gerando um conflito ambiental (QUEIROZ, 2007; LIMA, 2008; TEIXEIRA, 2008; MEIRELES; QUEIROZ, 2010).

Para Acdelrad (2004), os conflitos ambientais envolvem grupos sociais que tem distintos modos de uso, de significação e de apropriação do território. À luz do conceito de conflitos ambientais proposto por Acselrad (2004), este artigo versa sobre as vivências e os significados construídos pelos catadores de caranguejo acerca do trabalho no mangue e do emprego na carcinicultura em meio ao conflito socioambiental no Cumbe-Aracati (CE). Nesse sentido, o estudo busca descrever as características do trabalho no mangue, uma face marcante do modo de vida da comunidade do Cumbe; e identificar, em meio ao conflito com a carcinicultura, os mecanismos de reprodução do seu espaço social, tendo como referência o conceito de habitus em Bourdieu (2007), que converge para a afirmação de sua identidade tradicional, por nós denominada "povos do mangue".

Para tanto, adotamos a observação participante e realizamos entrevistas abertas a quatro grupos de trabalhadores: catadores de caranguejo que não haviam sido empregados na carcinicultura; catadores de caranguejo que haviam tido experiência de emprego na carcinicultura, mas haviam deixado o emprego; trabalhadores que haviam sido catadores de caranguejo e estavam como empregados da carcinicultura; trabalhadores que não haviam sido catadores de caranguejo e que estavam como empregados da carcinicultura.

Tomando como objeto as falas dos sujeitos entrevistados, e por meio de uma descrição densa nos moldes de Geertz (1989), importa-nos destacar como a implantação da carcinicultura tensiona o modo de vida da comunidade Cumbe, no qual o trabalho no mangue tem uma importância central.

O presente estudo seguiu os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. No processo de análise e reinterpretação do material empírico, os sujeitos entrevistados foram identificados por pseudônimos; e os proprietários de fazendas de camarão, bem como o nome das fazendas citadas por ocasião das entrevistas, foram identificados, respectivamente, por carcinicultor 1, 2, 3 e assim por diante, e por carcinicultura 1, 2, 3 e assim sucessivamente.

O trabalho no mangue: cultura, técnica e arte

Os catadores de caranguejo costumam trabalhar em grupo, às vezes

um formado por membros da mesma família, outras vezes formados por amigos. Chegando ao mangue, os catadores de caranguejo uça (Ucides cordatus) usam as vestimentas adequadas para o exercício do seu trabalho. Habitualmente, usam calças compridas e botas longas, especialmente quando a captura do caranguejo é na lama, e, algumas vezes, luvas. Dentre os equipamentos de trabalho, podemos relacionar: a enxada, a sacola ou saco para colocar os caranguejos, e, por vezes, as armadilhas – ratoeira ou redinha –, conforme o caso.

Figura 1: Técnica de catar caranguejo "enxada a braço". Catador de caranguejo coloca o braço dentro da toca do caranguejo para capturá-lo.

Fonte: Acervo da pesquisa

Terminado o trabalho no mangue, muitas vezes, a maré do rio Jaguaribe tem baixado e é necessário que o catador de caranguejo empurre o barco até o rio para que possa alcançar a sua outra margem e retornar para casa.

Apresentamos, a seguir, uma descrição sobre o trabalho no mangue, de acordo com alguns relatos dos catadores de caranguejo, enfatizando a cultura e a arte subjacente à cata do caranguejo, descrevendo as técnicas utilizadas e a relação do trabalhador com a dinâmica do ecossistema manguezal.

Jorge catava caranguejo, "mas era pouco, era mais para comer". Na verdade,

ajudava o pai em uma cerâmica fazendo telha, tijolo, e aos catorze anos, com a morte de seu pai, passa a catar guaiamu para sobreviver. Com a experiência acumulada de 14 anos de trabalho no mangue, Jorge nos conta um pouco sobre as especificidades da cata do caranguejo.

A técnica mais usada por Jorge é a ratoeira, às vezes, usa o ramo, mas, segundo ele, essa é uma técnica muito difícil, só para quem é experiente. No começo, quando trabalhou um ano no Rio Grande do Norte, Jorge utilizou a redinha, mas depois tal técnica foi proibida, e trabalhando no Cumbe, usa "mais mesmo é a ratoeira".

Já no período das chuvas, Jorge afirma que a técnica mais usada é a enxada – a braço e à rolha. Nesse período, diminui a quantidade de caranguejo uça no mangue, "porque ele vai para a raiz e se enterra", e aumenta a quantidade de guaiamu (Cardisoma guanhumi). O catador de caranguejo explica:

> – É porque na época do inverno ele [o caranguejo] sai dos altos e fica mais difícil. Pronto, aí nessa época do inverno a maioria das pessoas vai catar guaiamu.
> – Tem [muito guaiamu], no inverno aparece muito, porque os guaiamus passados abrem muito no inverno. Mas não é a quantidade que a gente tinha. Mas ainda aparece muito guaiamu, porque a região da gente aqui é muito grande. Mas tem uns que ainda continuam no caranguejo, mesmo ele sendo pouco, porque (no inverno) ele vai pra raiz e se enterra (...). Mas dá para pegar ainda. Agora, de ratoeira, de ratoeira não pega não, na raiz não pega não. No inverno, de ratoeira, não (se) trabalha não.
> (No inverno) O pessoal trabalha de enxada. O pessoal da enxada, que mete o braço.

Observamos que o uso das técnicas de catar o caranguejo varia com a estação do ano. No Ceará, considera-se apenas duas estações bem definidas: a chuvosa (período de janeiro a julho) e a seca (período de agosto a dezembro). Quando o catador de caranguejo se refere ao período de inverno, na realidade está se referindo ao período chuvoso. Jorge relata que no período das chuvas, por causa da diminuição dos crustáceos – caranguejo, sururu e ostra – no ecossistema manguezal, os trabalhadores buscam outras fontes de renda, como a pesca, a captura do guaiamu e a agricultura. Vejamos:

> (No inverno) A maioria do pessoal vai para os guaiamus, vão

> pescar nos rios – que dá muito peixe. Porque o sururu também não tem, a ostra não tem. Ah, o inverno (na época do inverno) aqui é difícil! Muitos dos catadores de caranguejos plantam, naquela ilha lá, arrendam ao Vannamei. Ah, no inverno fica difícil!
> Eu me sustento no guaiamu, pego aqui, pego acolá aí vamos levando.

Sobre como funciona o mercado dos caranguejos e dos guaiamus com essas variações climáticas, Jorge destaca:

> – O preço fica é melhor para quem tem, porque fica muitos compradores atrás. Fica menos caranguejo e mais compradores atrás e não tem, e quem tem o caranguejo fica valorizado.
> – Uma corda (de caranguejo) fica em torno de R$ 4, disso não passa não.
> – Os guaiamus aqui, assim mesmo, a gente vende a R$ 6, R$ 5 no máximo (a corda com dez caranguejos). Já levando para fora é a 15 contos, 20 contos, a corda. Dez guaiamus na corda sai a 2 reais o guaiamu.
> – Vende para Recife, Natal. Até a 3 reais um guaiamu eles vendem a unidade, sai a R$ 30,00 a corda.
> – Então tem muito tempo que você está trabalhando só com guaiamu?
> – Não, com guaiamu eu comecei agora. Mas toda vez, no inverno, quando o caranguejo fracassava, aí passava para o guaiamu. Aí, nunca tinha viajado. Eu entregava aqui mesmo a 5 reais, e, no caso, a 0,50 centavos o guaiamu.
> – Aí agora não, eu já estou pegando o guaiamu devido esse rapaz de Recife, que me conheceu lá no Rio Grande, aí pediu pra eu pegar uns guaiamus pra ele. Mas, antes não, eu só pegava mesmo no inverno. Sempre eu batia o caranguejo, quando parava. Quando o caranguejo não dava mais de ratoeira, tava difícil, aí eu ia pros guaiamu.
> – Quando fracassa (o caranguejo) o pessoal se vira, uns fazem uma coisa, outros fazem outra. Quando vai passando, que o caranguejo vai aparecendo, aí todo mundo volta às suas origens – à cata do caranguejo, esse tesouro que vive enterrado.

Figura 2: Guaiamu.

Fonte: Acervo da pesquisa

Figura 3: Corda de caranguejo uça.

Fonte: Acervo da pesquisa

Com base no relato de Jorge, veremos que as diferenças de comportamentos entre o caranguejo e o guaiamu influenciam a forma e a técnica utilizada para a captura deles.

– Mas tem áreas que só tem guaiamu ou não?
– Não, todas as áreas daqui têm guaiamu e caranguejo, porque o caranguejo é mais dentro do mangue, na lama mesmo. Já o guaiamu, se você pegar ele, nem se sujar, você se suja, é só fora do mangue ali, na beira do mangue, ali por fora.
– E você pega de quê?
De ratoeira, o guaiamu pega só de ratoeira.
– Não dá para pegar de ramo, não?
– Não, de ramo pega, mas o cabra tem que ser bom, viu! Tem que ser bem maciozinho, não quebrar nenhum pau, nada, porque o barulho que eles ouvirem, eles não saem não. Ele [guaiamu] é muito, é assim, muito sensível, sei lá! O caranguejo não, o caranguejo você ainda pega no ramo, você ainda quebra pau, ainda consegue pegar ele. Mas o guaiamu, quando você mete o ramo nele na posição que ele tiver, nem se mexa não, só com o braço aqui pra trazer ele! Mexer a mão, algum movimento, pronto, ali não pega não! É mais de ratoeira.

Chama-se de ratoeira pelo fato de o mecanismo de captura do caranguejo parecer com a armadilha utilizada para capturar rato. As armadilhas são feitas de latas de óleo comestível ou de garrafas PET, e nelas são colocadas iscas de casca de coco verde para atrair o caranguejo.

Figuras 4 e 5: Técnica de catar caranguejo "ratoeira". Ratoeira colocada na toca do caranguejo e catador de caranguejo lavando a ratoeira retirada da toca do caranguejo.

Fonte: Acervo da pesquisa

Os catadores de caranguejo explicam em qual circunstância se utiliza a rolha na técnica enxada para catar o caranguejo.

> – É. Aí a gente pega ele assim [com o braço]. Quando não dá para pegar ele logo no braço, a gente arrolha, bota uma rolha ou uma coisa assim.
> – Aí quanto tempo vocês ficam esperando o caranguejo sair?
> – Não, não, a gente fica trabalhando, vai deixando os que não deram para pegar para trás e vai trabalhando para frente, aí depois de uma hora, vem do começo para o fim (DOMINGOS).
> – Agora os mais velhos não, os mais velhos é só enxada... Eles catam o caranguejo, arrolham com folha de mangue. Quando o caranguejo subir.
> – Metem o braço, eles metem o braço. Não alcançam o caranguejo, aí arrolham o caranguejo. Eles tampam o buraco com a folha de mangue e lama, aí o caranguejo fica sem suspiro e sobe pra cima, sem fôlego. Aí eles vão lá, marcam um prazo de uns 15 minutos, voltam lá, abrem a rolha e pegam o caranguejo em cima do buraco, na boca. Pegam assim também – os mais velhos. Não pegam de ratoeira, redinha, essas coisas, não! (JORGE).

Figuras 6 e 7: Técnica de catar caranguejo "enxada a rolha". Catador de caranguejo cavando um buraco próximo à toca do caranguejo onde será colocada a rolha feita de galho de mangue.

Fonte: Acervo da pesquisa

Domingos comenta, a seguir, o que pensa sobre o uso da redinha para a cata do caranguejo: "tem muita gente que trabalha com a redinha. Não é para trabalhar com a redinha, mas muita gente trabalha. Porque corta muito a raiz do mangue".

Ao ressaltar no diálogo com Domingos, quando o catador retira a rolha feita com a raiz de mangue do buraco, o caranguejo que vai para a superfície pode ser macho ou fêmea, ele responde:

> – Porque é assim. Pelo menos eu, por exemplo, eu não pego a fêmea de jeito nenhum, só quando alguém pede para comer uns doze ou dez eu pego.
> – Porque prejudica [se pegar as fêmeas]. As fêmeas são para produzir, aí a gente não pega a fêmea por causa disso.
> – E qual é o tamanho que vocês costumam pegar?
> – 15 cm, 20 cm mais ou menos.
> – E quantos caranguejos você pega mais ou menos no dia?
> – Uns 100.
> – E um dia de trabalho é de que horas a que horas?
> – É de 8 as 12, até 1, aí eu pego na faixa de, depende, tem dia que eu pego 100 até 150 caranguejos.
> – Eu utilizo a enxada porque eu acho melhor, eu pego mais, eu acho mais ligeiro e também eu já me sinto profissional na enxada. Pra eu pegar 150 caranguejos estando bom eu pego em 2 horas.

Jorge esclarece que as técnicas "mais antigas são o ramo e a enxada" e que o uso do ramo exige muita habilidade e experiência do catador de caranguejo, sendo atualmente pouco utilizado pelos mais novos que preferem usar a ratoeira ou a redinha. Vejamos:

> – Os mais velhos também pegam de ramo. Ah, os mais velhos são profissionais! Você vê os mais velhos pegando caranguejo de ramo. Eles têm um feitiço! Mete o ramo aqui e o caranguejo já vem para as mãos deles aqui. Pelo menos eu que vi o Augusto... Eu acho que no ramo, para ir com ele, não tem não! É difícil, viu!
> – Ave Maria! Eu não sei se aquele homem é feiticeiro, macumbeiro, sei lá! Pense! Ele está cansado de jogar a pedra assim, quando ele mete o ramo o caranguejo vem. Mal ele se abaixa! Quando ele se abaixa, já vem com o caranguejo na mão! Pense! (risos) É rápido, é rápido!

O ramo utilizado para catar o caranguejo é feito com folha de mangue. O catador de caranguejo quebra um galho de mangue e depois amarra umas folhas

de mangue no galho, que são iscas para atrair o caranguejo. Jorge explica que a técnica de ramo é utilizada: "no campo mais aberto e mais seco, em campo mais alto, mais aberto, mangue alto, um campo bem espaçoso".

A técnica de catar o caranguejo que utiliza a redinha é utilizada quando a maré está cheia, e o mangue fica alagado. Dia ou dias antes, em sua casa, o catador de caranguejo confecciona as redinhas com fios de sacos plásticos. No processo de trabalho, as raízes de mangue "sapateiro" (Rhizophora mangle) são cortadas para que se possa cavar o buraco em que se coloca a redinha, e, em seguida, o catador de caranguejo corta pedaços de mangue que são utilizados como estacas para afixar a redinha. O caranguejo, ao sair da toca, é "malhado" pela redinha, como os catadores dizem.

Figura 8: Técnica de catar caranguejo "ramo". Caranguejo sai de sua toca atraído pelo ramo feito de galho e folha de mangue.

Figura 9: Catador de caranguejo colocando a redinha em dois paus de mangue fincados na toca do caranguejo.

Fonte: Acervo da pesquisa

Jorge comenta, a seguir, como as técnicas ratoeira e redinha ficaram conhecidas pelos catadores de caranguejo do Cumbe.

> – (A ratoeira e a redinha) São técnicas inventadas pelos novos.
> – E outra: não foram trazidas pelo pessoal do Rio Grande. Lá em Logradouro (RN), aonde a gente trabalha, não tem nenhum tirador de caranguejo. O pessoal (de lá) não gosta de tirar caranguejo, no caso. O pessoal lá faz é pescar, pescar o peixe, o caranguejo, não. Essas técnicas (redinha e ratoeira) vieram do pessoal da Paraíba, de Itaporanga, uma cidadezinha da Paraíba.

Em relação às técnicas de catar o caranguejo, fomos compreendendo, aos poucos, que a ratoeira e a redinha foram introduzidas mais recentemente, quando comparadas às técnicas enxada (braço e arrolhado) e ramo. No entanto, queríamos entender melhor por que a ratoeira e a redinha foram introduzidas, em que momento histórico e os fatores que influenciaram o seu surgimento.

Luís, catador de caranguejo, aludia que a introdução dessas técnicas teria sido devida aos impactos ambientais trazidos pela carcinicultura, referindo-se, além das grandes áreas de mangue devastadas, à mortandade dos caranguejos entre 2000 e 2003, e que nesse período, por causa da diminuição significativa da quantidade de caranguejo no mangue, restava aos catadores de caranguejo utilizar técnicas que invariavelmente seriam infalíveis na captura do caranguejo. Coisa que com a utilização das técnicas mais antigas como o ramo e a enxada não seria garantida, visto que a utilização delas parece requerer uma percepção mais apurada acerca da dinâmica do comportamento do caranguejo e do guaiamu e pressupõem que o catador de caranguejo tenha maior experiência, habilidade e aptidão.

De acordo com os relatos que ouvimos e com as observações realizadas, parece-nos que essa análise tem fundamento. Entretanto, o momento histórico e os fatores relacionados à introdução das técnicas – redinha e ratoeira – ainda não estavam muito claros. Possivelmente, uma conjugação de fatores, que levantamos como hipóteses:

- As técnicas de catar caranguejo que utilizam a enxada e o ramo necessitam de mais habilidade, aptidão e experiência, por esses motivos são técnicas utilizadas pelos mais velhos e que foram sendo ensinadas aos mais novos. Alguns ainda cultivam essa tradição.
- Com o passar dos anos, os mais novos, ao descobrirem em outras

localidades as técnicas como a ratoeira e a redinha, (as quais, em comparação à enxada e ao ramo não exigem tanta habilidade, aptidão e experiência por parte do catador), não se preocuparam em aprender as técnicas que utilizam a enxada e o ramo. Ressalte-se que muitos catadores de caranguejo foram trabalhar em outras regiões de mangue no Rio Grande do Norte (especialmente no período da mortandade dos caranguejos) onde aprenderam a utilizar a ratoeira e a redinha.

- A diminuição da quantidade dos caranguejos no ecossistema manguezal, por causa da degradação ambiental ocasionada pela implantação da carcinicultura: grandes áreas de mangue devastadas e o descarte nas gamboas da água utilizada na despesca dos camarões contendo metabissulfito de sódio que levou à alta mortalidade dos caranguejos entre 2000 e 2003.
- A pressão do mercado ao exigir que os catadores de caranguejo capturassem uma quantidade cada vez maior de caranguejos com a finalidade de abastecer os centros urbanos, em que, principalmente nas metrópoles nordestinas, o caranguejo é bastante utilizado na culinária. Em Fortaleza, por exemplo, é hábito e faz parte da cultura local o consumo desse crustáceo às quintas-feiras, nas barracas das praias, em bares e restaurantes da cidade. Observamos que no Cumbe existe cerca de dez compradores, e outros compradores de Fortim, município vizinho a Aracati. Segundo relato dos catadores, a quantidade de caranguejos a serem capturados em uma semana é estabelecida por esses compradores. Acontece também que determinados compradores têm um grupo de catadores que os fornece com exclusividade a quantidade solicitada.

O relato de Jorge apresentado a seguir elucida quão antigas são as técnicas enxada e ramo, destacando que os seus usos exigem experiência, habilidade e aptidão do catador de caranguejo.

> – Porque pegar o caranguejo com a enxada é mais difícil! Com a ratoeira qualquer pessoa pega.
> – Não precisa de técnica para armar a ratoeira! Qualquer pessoa pega! Qualquer pessoa, mesmo! A redinha do mesmo jeito! E na enxada não, você tem que ser profissional! Na enxada eu não pego! Olha o meu braço! É pequeno. Tem que ter o braço grande para arrastar ele lá! Ou então pegar arrolhado. Se você não alcançar no caranguejo, você arrolha para poder pegar ele.

– No ramo também precisa ter uma manha medonha! Ser bem maciozinho!
– Ah, ratoeira e a redinha são [usadas pelos] mais novos! É difícil você ver um velho, os mais experientes.
– A ratoeira é pra quem não sabe pegar caranguejo! O profissional mesmo é o do braço! E pega mesmo, e não quer saber, não! Onde ele tiver! Ele pode estar no empresando, ele pode estar onde ele tiver, ele vai buscar! Mesmo dentro do sapateiro, com todas as dificuldades, mas ainda ele tira. A ratoeira não. A redinha, o caranguejo lá no sapateiro, aí vai com jeitinho e bota a redinha, aí pega tudo. Só tem essa desvantagem. A enxada não, só pega aonde dá, porque ele sai catando. O caranguejo do sapateiro, a enxada não pega. O caranguejo da raiz, do empresado, a enxada também não pega. Porque o cara não tem condições de cavar na raiz com a enxada, que quebra. E a ratoeira não, você com jeitinho, bota a ratoeira e vai pegando tudo. A ratoeira e a redinha. Não tem bom, não, aonde tiver caranguejo, a redinha e a ratoeira vão buscar, ele pode estar onde tiver!
– A técnica de ramo também é antiga, é das antigas, muito antiga, muito! Mas de braço também, eu acho que o braço é mais antigo mesmo, a enxada. Agora a ratoeira, não, a ratoeira e a redinha vieram agora, pra gente aqui nem existia, não. Mas também já está com um tempo, com um bom tempo, mesmo.

Jorge explica por que a ratoeira e a redinha degradam mais o ecossistema manguezal em relação às outras técnicas – enxada e ramo.

– Os mais antigos é só de ramo, mesmo! O Otavinho, o marido da Fátima, pega de ramo, de enxada, pega das duas técnicas. Ah, o Otavinho... de ratoeira e a redinha na frente dele, não gosta, não! Os que pegam de enxada e de ramo têm raiva da ratoeira, pronto!
– Ah, porque dizem que acaba, não é!? E até eu acho que sim, mesmo! Porque vai pegando tudo [macho, fêmea, grande, pequeno], e, principalmente, a redinha, vai pegando tudo! E quem coloca a redinha – aquela que não pegou caranguejo –, muitos deles não tiram não, deixam [a redinha] lá! Aí, ali vem outro caranguejo, uma fêmea, e malha e fica ali malhada! Porque eles não tiram [a

> redinha do mangue]! Eu acho que eles colocaram [a redinha], e se não pegou [o caranguejo], era pra pegar [a redinha] de volta, não é? Tirar do mangue, não é? Tirar do mangue, pelo menos limpar o mangue, e não deixar! Mas não, todo caranguejeiro que pega de rede faz isso... Os que pegam de enxada e no ramo têm raiva da ratoeira, todos, todos!

Conforme os relatos descritos acima, entendemos que a utilização das técnicas ratoeira e redinha parecem de fato ser mais degradadoras do que as técnicas ramo e enxada (a braço ou arrolhado). Observamos diversas vezes armadilhas de ratoeira e redinhas descartadas no mangue, como afirma o catador de caranguejo. No entanto, alguns que catam caranguejo com ratoeira dizem que desde que as armadilhas não sejam descartadas no mangue, essa técnica pode ser menos degradadora do que a enxada e o ramo, visto que no caso da técnica enxada, o catador tem que cavar um buraco no mangue, além de que, se tiver que arrolhar o buraco, usa as folhas de mangue. Em relação ao ramo, o catador de caranguejo também tem que cortar galho e folha de mangue para confeccioná-lo.

Entretanto, como observamos na pesquisa de campo, a redinha é colocada no emaranhado de raízes do mangue sapateiro, e para isso os catadores as cortam. Jorge ressaltou ainda que as técnicas ratoeira e redinha, invariavelmente, capturam os caranguejos que caírem na armadilha, não havendo nenhuma "seleção natural". Enquanto que com o ramo, por exemplo, o caranguejo, mesmo sendo atraído pela folha de mangue, pode não sair da sua toca. Da mesma forma, com a enxada há certa seleção, ou seja, o caranguejo pode estar tão embaixo na terra que não seja possível capturá-lo, mesmo colocando o braço para tentar alcançá-lo. É certo que tanto o uso da enxada quanto do ramo causa determinado impacto ao ecossistema manguezal, no entanto, parece-nos que este impacto é menor, em relação às demais técnicas. Além desse aspecto, são técnicas mais antigas e que fazem parte da tradição e da cultura do trabalho no mangue, as quais têm sido, ao longo dos anos, ensinadas pelos mais velhos aos mais novos.

Parece-nos plausível a hipótese de que o mercado dos caranguejos tenha sido forte indutor da introdução das técnicas ratoeira e redinha, visto que, baseado na lógica do lucro, exige sempre uma maior produtividade, especialmente em tempos de crise na produção de caranguejos, que no Cumbe teve sua origem com a degradação ambiental ocasionada pela carcinicultura. Observamos uma tendência no uso dessas técnicas modernas quase que generalizado, particularmente entre os mais jovens. Jorge, em seu depoimento, ressalta que crianças

e jovens em idade escolar no Cumbe praticamente só utilizam a ratoeira para catar caranguejo. Alguns, porém, utilizam também a redinha:

> – Tem tempo que essa "miuçada" – e esses meninos miúdos aí inventam de pegar caranguejo de ratoeira! Faz é raiva! No mangue, aí é muito, tem tempo que é muito! Agora não, tem pouco! Mas tem tempo que eles endoidam aí! Pronto, eles estão estudando, vai ter as férias agora, você vai estar por aqui no Cumbe, você vai ver a meninada no mangue com saco de ratoeira pegando caranguejo. Vão todos para o mangue trabalhar, todos mesmo! Nesse feriado [período de férias] aí, a não ser que apareçam outros serviços pra esses mais novos, essa meninada aí vai tudo pro mangue: uns vão pegar guaiamu, outros caranguejos. Mas os de enxada não aceitam não, tem raiva mesmo!

Mesmo observando uma generalização do uso, especialmente da ratoeira, entre os mais jovens, Jorge nos contou e reafirma, a seguir, que as técnicas enxada e ramo continuam sendo as mais utilizadas. Vejamos:

> – Ah, tem muitos no ramo, no ramo é que tem mais. De ratoeira são poucos, tem uns seis. Acabou, acabou! O resto é enxada, ramo, e redinha.
> – De redinha também é pouco... tem uns dez! Tem uns dez de ratoeira, e uns dez de redinha. E por coincidência são todos novatos, novinhos, na faixa de 28 anos para baixo. Agora de ramo e de enxada, de 30 para cima. Não tem nenhum pegando de ratoeira que seja velho!

No Cumbe, os catadores de caranguejo denominam "andada" ou "ata", o período em que o caranguejo macho acasala com o caranguejo fêmea para reprodução da espécie. Andada se deve ao fato de que no período de acasalamento os caranguejos saem das suas tocas e ficam andando no mangue – o macho à procura da fêmea e vice-versa – e quando se encontram ficam agarrados, ou dizendo de outra forma, ficam atados um no outro. Segundo o relato de Jorge, ocorrem três andadas por ano, mas ele só lembrou de dois períodos: natal e carnaval.

> – É o período da andada, do ATA, que é proibido [capturar o caranguejo].

– Aí é conforme seja a maré, é?
– É, maré grande, maré bem grande mesmo! Quanto maior a maré, mais ele anda! Maré de lançamento grande, quanto maior a maré, mais ele anda! Aí no caso, agora, está proibido pegar.
– Mas proibido entre aspas. Pelo menos aqui mesmo, todo mundo pega de qualquer jeito escondido, o pessoal não respeita, não, não querem nem saber, não, pegam de todo jeito.
– Mas por que não querem que pegue nessa época do ATA?
– Porque nesse período do ATA, eles falam – o pessoal que fizeram essa experiência – que é o tempo que o caranguejo sai para cruzar, para desovar a fêmea. Aí o pessoal aproveita para pegar, o tempo que eles têm para cruzar é que o pessoal aproveita para pegar. E realmente, e realmente no ATA mesmo você pega mais, é difícil você pegar um só, é mais fácil você pegar os dois; um macho com a fêmea agarrado num bolo medonho.

No período da andada do caranguejo, o Ibama proíbe a sua captura e define o número de dias do defeso. A comunidade, os bares, os restaurantes e os compradores de caranguejo são avisados, devendo declarar a quantidade de caranguejo que está em suas posses, a fim de que, por ocasião da fiscalização, a quantidade do animal que foi declarada não seja apreendida e nem o cidadão seja autuado.

Observamos em um dos períodos do "ata", na comunidade, que uma parte dos trabalhadores do mangue catou caranguejo, até mesmo as crianças, orientadas por seus pais. Conversando com algumas pessoas, constatamos que alguns catadores de caranguejo pegavam os caranguejos no mangue e entregavam para os seus compradores que moravam na comunidade. Nesse período, houve uma denúncia ao Ibama – escritório regional localizado no município de Aracati (CE) –, e o órgão foi investigar a denúncia. Mas não chegou a flagrar o comprador, porque ele havia sido avisado e em tempo hábil escondeu os caranguejos em algum outro local, fora do quintal da sua casa, em que costuma colocá-los.

Pelo exposto, parece que a prática da cata do caranguejo no período do "ata" tem relação com as leis de mercado. Como nesse período todos os caranguejos saem de suas tocas para se acasalar, o mangue fica repleto deles – macho e fêmea –, e torna-se muito fácil capturá-los. Sabendo disso, os compradores que têm os seus catadores de caranguejos certos os incentiva a capturar os caranguejos a serem vendidos após o "ata". Aqueles que percebem que esse tipo de

prática certamente os prejudicará no futuro, visto que, em não havendo a reprodução, diminuirá a quantidade de caranguejos no mangue, não se submetem às determinações do comprador.

Os elementos destacados sobre as práticas adotadas na captura do caranguejo que comprometem a sustentabilidade do ecossistema manguezal merecem ser problematizadas com os catadores de caranguejo. Assim, numa perspectiva dialógica aos moldes de Freire (2005), é importante discutir possibilidades de usufruto do ecossistema manguezal que favoreçam a sua sustentabilidade, preservando a tradição e a cultura do trabalho no mangue para as futuras gerações, e, em última análise, que venha a fortalecer a identidade dos povos do mangue, segundo conceituado por Teixeira (2008).

Constatamos, no entanto, que as atitudes dos catadores consideradas insustentáveis repercutem negativamente na preservação da biodiversidade do manguezal em escala muito menor comparando-se aos impactos oriundos das atividades realizadas no cultivo de camarão em cativeiro. Vale ressaltar que, embora sob pressão do mercado, o usufruto do mangue por parte dos caranguejeiros baseia-se na subsistência e não na lógica da acumulação, como é o caso dos empreendedores da carcinicultura.

Um grande expoente da antropologia cultural, Franz Boas, já nas primeiras décadas do século XX, defendia a compreensão da cultura em sua totalidade, consciente de que a base cognitiva de uma sociedade "é fortemente influenciada por seu meio ambiente" (BOAS, 2004, p.105), mas firme na certeza de que a esfera cultural não se determina somente pela geografia que contextualiza um determinado povo e nem tampouco se reduz ao controle das forças econômicas.

Nessa perspectiva em que se privilegia o entendimento da dinâmica cultural como um complexo de relações dentre as quais se constrói a ligação entre sociedade e natureza, emerge também a crítica à abordagem instrumentalista.

Quando os coletores de caranguejo do Cumbe tecem narrativas para falar sobre suas atividades, técnicas de trabalho e conhecimentos referentes aos tempos de reprodução, formas de captura e tempos de defeso do caranguejo, evocam significados de processos de sociabilidade que não se encerram no campo econômico. Além de terem no mangue sua fonte de sustento material, têm ali um espaço de pertencimento, um marcador de sua identidade social e um rico material de experimentação e produção de conhecimento de homens e mulheres em sua relação com a natureza.

Em outras palavras, no Cumbe vemos manifestar-se uma espécie de saber que poderíamos denominar "ciência do concreto". Um profundo saber sobre a

natureza, que é atravessado pela experiência da vida, mas que não se reduz à satisfação das necessidades materiais; ou seja, não se aplica unicamente ao que se determinaria "pelos reclamos do estômago" (LÉVI-STRAUSS, 2008, p. 15-49).

É emblemático o comportamento dos coletores de caranguejo que não se renderam ao emprego formal na carcinicultura. Não quiseram trocar a liberdade da vida sem patrão e o princípio de defender a sustentabilidade do mangue pelas supostas vantagens do emprego formal em uma atividade que degrada o ambiente e a saúde do trabalhador. São atitudes que ilustram outras possibilidades de significação da moral do trabalho, perpassadas por saberes que se especializaram pela via da tradição, mas não somente por força das necessidades materiais, mas também como uma "ciência do concreto", cujo "objeto primeiro não é de ordem prática. Ela antes corresponde a exigências intelectuais ao invés de satisfazer às necessidades" (LÉVI-STRAUSS, 2008, p. 24).

A compreensão de que o universo simbólico se configura como a base intelectual da relação entre natureza e cultura, identificada nas idéias do antropólogo Lévi-Strauss, toma aqui também como referência o pensamento do antropólogo Marshall Sahlins (2003), que em sua crítica a uma leitura instrumentalista da cultura, propõe a adoção do conceito de razão cultural. Aqui se entende que a razão, por ser cultural, não se conclui como "paradigma fundamentalmente prático e tecnológico". Não se reduz à consciência utilitária. Para compreender a racionalidade da cultura, é necessário, portanto, observá-la assumindo "uma perspectiva simbólica", considerando, por exemplo, que "a ferramenta é, ela própria, uma ideia" (SAHLINS, 2003, p.107-108).

Nessa perspectiva, observamos que as formas de uso e apropriação – técnica, social e cultural – do ecossistema manguezal por parte dos catadores de caranguejo, na maioria das vezes, procuram preservar a biodiversidade do ecossistema manguezal, à proporção que buscam estabelecer uma relação de respeito à sua biodinâmica e aos ciclos de reprodução da sua fauna, a qual é garantia de sobrevivência de suas famílias.

De acordo com Diegues

> [...] essas populações desenvolveram modos de vida particulares que envolvem grande dependência dos ciclos naturais, conhecimento profundo dos ciclos biológicos e dos recursos naturais, tecnologias patrimoniais, simbologias, mitos e até uma linguagem específica de origem indígena e negra (DIEGUES, 2005, p. 5-6).

Vimos que o catador de caranguejo não vive em função de ter e de acumular bens materiais a partir da renda gerada com o seu trabalho. Em verdade, o labor no mangue em apenas um período do dia, e de acordo com a dinâmica do ecossistema manguezal, permite que o tempo livre seja dedicado ao lazer, à brincadeira, ao descanso, a estar com a família – hábitos que refletem os valores subjacentes ao modo de vida da comunidade Cumbe.

Diegues (2005) em seus estudos salienta,

> Dentro de uma perspectiva marxista (especialmente dos antropólogos neomarxistas), as culturas tradicionais estão associadas a modos de produção pré-capitalistas, próprios de sociedades em que o trabalho ainda não se tornou mercadoria, onde há uma grande dependência dos recursos naturais e dos ciclos da natureza, em que a dependência do mercado já existe, mas não é total. Essas sociedades desenvolvem formas particulares de manejo dos recursos naturais que não se propõem diretamente ao lucro, senão a reprodução social e cultural, como também percepções e representações em ralação ao mundo natural, marcada pela idéia de associação com a natureza e dependência de seus ciclos. Nessa perspectiva, culturas tradicionais são as que se desenvolvem dentro do modo de produção da pequena produção mercantil (DIEGUES, 2005, p. 44-45)

Alguns relatos apresentados a seguir mostram os significados atribuídos ao ecossistema manguezal pelos catadores de caranguejo.

Observemos que Jorge, catador de caranguejo que trabalhou durante nove anos na carcinicultura, tem a visão de que o mangue é uma empresa. Possivelmente, Jorge está resignificando a sua percepção sobre a importância do manguezal em sua vida, já que é bem provável que as razões que o motivaram a trabalhar na carcinicultura durante tanto tempo não consideraram a importância do manguezal como meio de sobrevivência. Jorge relata, em outro momento do nosso diálogo, que participou de muitas despescas – uma das etapas do processo produtivo dos camarões, que usa o metabissulfito de sódio –, a causa da mortandade dos caranguejos nas gamboas. Segundo o catador de caranguejo, a experiência de emprego na carcinicultura o levou a valorizar mais o manguezal.

Outro aspecto é que Jorge presenciou foi a decadência da carcinicultura, tendo sido ele próprio demitido no tempo do declínio dessa atividade econômica.

Jorge também comenta ter se "envolvido" com a carcinicultura. Como quem diz: "eu acreditei no seu discurso do emprego e do desenvolvimento, e abracei a sua causa". No entanto, a experiência de emprego na carcinicultura foi uma "decepção", como ele também enfatiza. Agora, considerar o mangue como uma empresa talvez seja, para Jorge, dar ao mangue a sua devida importância e considerá-lo como fonte de sua sobrevivência; por isso merece ser defendida.

> – Jorge e o que é que significa o manguezal para você?
> – O manguezal, pra mim, significa uma fonte de vida, uma empresa! Muitos chamam o caranguejo de quebra-galho. Pra mim, não, não é quebra-galho não! Quebra-galho é assim, pra eles que estão ali, estão pegando ali e quando a carcinicultura abre as portas, eles correm que nem uns cachorrinhos abanando as pernas para dentro dela. E depois quando sai [da carcinicultura] volta para o mangue, aí é um quebra-galho, mas pra mim não é um quebra-galho não! Pra mim é uma empresa, é uma fonte de vida mesmo! O que seria de mim se não fosse o mangue? O que seria de mim se não fosse o mangue... Não tenho nenhum tipo de curso e meu grau de escola é a 5ª série só. Praticamente sou um burro, fazer que nem o outro. Minha empresa é o mangue, eu tenho que defender ela até o fim! O patrão dela sou eu mesmo, o meu patrão sou eu mesmo. Eu estou com ela agora e não abro não, vou defender ela até o fim! É tudo que eu penso do mangue, é isso aí.

O mangue também é o lugar de onde os antepassados dos catadores de caranguejos e suas famílias tiravam seu sustento, e, às vezes, representa um lugar que provê e acolhe tal qual um pai e uma mãe agem perante um filho que os procura e deles necessita de ajuda.

> – É uma grande fonte de sobrevivência para muita gente, eu acho que se não fosse o mangue, não tinha opção de trabalho para muita gente. Passando dificuldades, não tem necessidade de roubar, porque, às vezes quando a pessoa não tem trabalho, se arrisca até a roubar. E no mangue, não, você só não trabalha se você não quiser. Você sai para trabalhar, por exemplo, você tem 10 cordas de caranguejos, já ganha dinheiro, e com o tempo você aprende. É muito importante o mangue pra gente, tem o

> caranguejo, tem o sururu, tem o peixe, o mangue é bom! E em outro local, não, você vive sempre dependendo dos outros. Mas, eu, graças a Deus, daqui a gente tira muita coisa mesmo, é a mãe, é o pai, ele aceita todo mundo, quem quiser ir para o mangue ele aceita. Desde o tempo dos meus avós, dos meus pais que eles vivem no mangue. Aqui no Cumbe o trabalho que tem é só no mangue mesmo, é um trabalho mesmo favorável! (EDUARDO, catador de caranguejo há 25 anos).

Em algumas situações, o mangue significa para os catadores de caranguejo, além de fonte de sobrevivência, a sua própria casa, e estar nela assemelha-se a estar no céu, proporcionando-lhe a vida e a saúde. No relato a seguir, percebemos uma relação de interdependência entre o catador de caranguejo e o mangue.

> – O mangue é a minha casa.
> – Sim, Ave Maria! Estando dentro do mangue, para mim eu tô no céu! Só aquele vento passando por mim, aquele verde! Pra mim é a minha vida! Pra mim não existe coisa melhor no mundo que o mangue, não. Eu converso sozinho demais dentro do mangue.
> – É, Ave Maria, eu dou valor demais! Pra mim, é minha saúde mesmo, é o mangue. Eu dou valor demais ao mangue, é brincadeira: eu já tô com 25 anos que vivo dentro do mangue.
> – [O que eu gosto mais do trabalho no mangue]: é o caranguejo, é a vontade mesmo de trabalhar todo dia – entrar ali, aquele vento bom, aquele cheiro que a gente sente –, porque o caranguejo também tem o cheirinho dele, não é igual a perfume não, mas tem o cheiro dele. Principalmente agora que ele tá espumando, de longe você sente aquele cheirinho. É um cheiro forte!

Vejamos alguns relatos de trabalhadores que são catadores de caranguejo e nunca trabalharam na carcinicultura. Percebemos que além de proporcionar sua subsistência, observa-se uma relação de pertencimento do catador de caranguejo ao mangue.

Um dos catadores de caranguejo ressalta que, mesmo sendo um trabalho autônomo, o trabalho no mangue não dá segurança do salário certo no fim do mês, o que seria garantido com um emprego de carteira assinada. Por isso, ele enfatiza que trabalhar em sistema de diária também não tem vantagem, porque

o preço da diária é muito baixo. Ademais, na carcinicultura, o trabalhador salienta que os “donos de viveiros têm pena” de pagar a diária a vinte reais, que seria, em sua opinião, um valor justo. Já quando o catador de caranguejo compara o trabalho no mangue com um emprego, afirma que em caso de demissão o empregado recebe seus direitos, enquanto que no trabalho no mangue, se o trabalhador não pagar seus direitos, não recebe aposentadoria.

Segundo relato do catador de caranguejo, alguns proprietários de fazendas de camarão afirmavam: “só queria que o caranguejo se acabasse para que esse pessoal do mangue, que trabalha no mangue, a gente botava eles pra trabalhar bem baratinho. Eles diziam era assim”.

Primeiro relato:

> – O mangue pra gente é a natureza. Porque a gente foi criado dentro do mangue, porque a gente é do mangue, mesmo... a gente já foi criado bem dizer dentro do mangue. A gente trabalha dali, vive dali de dentro. Eu gosto do mangue por isso, gosto de trabalhar no mangue e a gente trabalhando no mangue não é dependente de ninguém! A gente vai a hora que quer. E negócio de trabalhar a dia, se não entrar naquele horário o cabra já dispensa, porque o cabra tem que entrar sete horas, se passar dez minutos, quinze minutos, vinte minutos, já dispensa. Aí, eu sou mais, eu prefiro mais é o mangue, do que trabalhar a dia. Agora o emprego, não, um emprego já é diferente, né? O emprego, quando o cabra trabalha três, quatro anos, quando sai dali já sai com uma mixaria no bolso, porque eles pagam os direito da gente. E no mangue o negócio é porque se a gente não pagar um direito, quando for na época de se aposentar, ninguém se aposenta né? Mas a gente que trabalha direto no mangue nunca tem nada, não, o que a gente ganha mesmo no mangue só dá pra comer mesmo, num dá pra comprar outra coisa, não. Agora o comprador, não, o comprador num instante ele enrica. Tem um tio meu aí que enricou bem ligeirinho comprando caranguejo. E daqui do Cumbe tem uns poucos deles que compra é moto, é carro, é tudo e os tirador num passa de uma bicicleta velha, nova não, velha, que não tem condição de comprar uma nova, não. Mas os compradores aí tudo tem moto, tem carro, a gente não tem condições não. (ZEZINHO, catador de caranguejo).

Segundo relato:

> – O mangue significa tudo, é onde eu trabalho. Cedo eu estou em casa, não sou mandado por ninguém, eu não estou levando xarada de ninguém, porque tem gente que trabalha com uma pessoa, fica jogando piada, eu não, eu vou ali, pego minhas 10 cordas de caranguejo, cedo eu estou em casa. Eu acho muito bom.
> – Ele representa pra mim só coisas boas, porque eu gosto de trabalhar no mangue. (BRUNO, catador de caranguejo).

Terceiro relato:

> – Bom, é muito bom, porque a floresta é tudo! É um negócio muito bom em tudo, porque é de onde sai o fruto, de onde sai o ganha-pão da gente é de um mangue daquele ali. Porque a gente trabalha em mangue, aí [o sustento] sai dali. Então se acabar a gente vai viver de quê? Pode arrumar outro trabalho, mas sempre a gente tá acostumado nesse, eu acho que não é certo acabar, não (ZÉ ARNALDO, catador de caranguejo).

Jorge, trabalhador do mangue que foi empregado da carcinicultura por nove anos, em diversas fazendas, teve sua carteira de trabalho assinada por apenas seis meses e afirma, ao comparar o trabalho no mangue com a experiência de emprego na carcinicultura, que:

> – E no mangue eu acho que [os catadores de caranguejo] faziam até mais! Porque você trabalhando no mangue não é sujeito a ninguém. Se você tiver doente não vai: hoje eu não vou para o mangue, porque eu não tenho condições de ir.
> [Na carcinicultura] Eu tive de trabalhar muitas vezes doente, tomar remédio no trabalho mesmo para poder aguentar o trabalho. E ter que ir mesmo no final de semana. E a gente no mangue não! Eu acho que a gente fica cego – não vê essas coisas. Ela [a carcinicultura] apareceu assim de um jeito! Foi todo mundo mesmo, os catadores de caranguejo quase tudo, quase tudo, quase tudo! Aqui no Cumbe você contava quem tirava caranguejo, no tempo.

Continuando, Jorge relata sobre as atividades que já desenvolveu na carcinicultura e as condições de trabalho em que elas ocorreram.

– Você trabalhava com despesca, mas você também trabalhou em várias outras funções?

– Só em despesca mesmo, foram dois anos, só fazendo despesca mesmo. A gente entrava mais ou menos 5 horas da tarde. A gente trabalhava era por diária, não tinha salário não, era por diária – uma diária de 15 contos. 15 reais para você tirar 10 toneladas de camarão. Eu me lembro como se fosse hoje: você chegava com a cara limpa, uma bota que era você quem comprava. Eu quem comprava para o pessoal a 15 contos, lá no Aracati, no mercado ali. No inverno, comprava capa para se vestir numa banca lá no Aracati. Era tudo à custa da gente! Eles não davam nenhum tipo de equipamento. E a gente entrava o quê, 5 horas da tarde e ia até 8 horas da manhã do outro dia. Enquanto não tirasse as 10 toneladas! Tinha que completar, 15 contos! Por exemplo: se a gente tirasse dois baús – cinco toneladas –, ou três baús – 7 mil e 500 [camarões] –, ninguém não ganhava os 15 contos! Ali o encarregado fazia as contas para ver quanto dava para cada um. E a gente recebia e eles mandavam as folhas. Por exemplo, a folha de pagamento do dia 15, eles mandavam lá para Fortaleza. Aí você morria de trabalhar para vir 200 contos, 300 contos pra você, mais ou menos. Aí quando vinha ficava três ou quatro diárias dentro, que eles não aprontavam, não vinha. Essa aí, você não via mais, não! Era uma dor de cabeça medonha pra gente!

– Não apontavam, como assim?

– Porque tinha um apontador. Toda noite, você trabalhando em despesca, aí o cara apontava, por exemplo: Jorge, 10 toneladas, a diária a 15 contos. Quando fosse na quinzena, ele juntava tudo para mandar para Fortaleza para poder o dinheiro vir. Aí faltava duas, três despescas. Ele esquecia de mandar, diz ele que esquecia de mandar. Não pagava, não vinha [o pagamento] de jeito nenhum mais! Faltava para os outros, era uma confusão, aí fazia greve para ninguém ir. Ah, ninguém não vai! Só vamos quando pagar as diárias que têm atrasadas das despescas. Eles diziam: o pagamento agora sai. Aí, os abestados iam fazer as despescas deles. E pronto (...)

– E nas outras funções qual era a carga horária?

– Tinha a função de caiaqueiro, o arraçoador que alimentava o camarão. A gente entrava de 7 da manhã, aí assim que entrava, colocava a ração de 7. Aí saía, tomava café, aí voltava para colocar a ração de 10. Quando colocava a ração de 10, você saía umas 12 horas, mais ou menos, dependendo do viveiro também, a quantidade de bandeja que tinha que alimentar. Você estava almoçando de 11 e meia, 12 horas, mais ou menos. Você descansava ali numa sombra, deitava um pouco no cimento que era um salão que tinha, debaixo de uma tamarina bem grande. Aí voltava para colocar a ração das 3 horas, aí saía normal mesmo, de 5 horas. [Trabalhava] de 7 [horas da manhã] às 5 [horas da tarde]. Colocava três rações, quando precisava fazer algum trabalho no campo que era diária, você ia fazer.

– Tinha hora extra?

– Não, tinha hora extra não. Trabalhava dia de domingo, dia de domingo era de plantonista, pra ficar de plantão dentro da fazenda. De plantão, para a fazenda não ficar só. Mas era assim, era só pra colocar a ração, você ficava de plantão e colocava duas rações.

– Mas você recebia pelo plantão?

– Não, isso era incluído no salário. Quem trabalhava na ração era 250 reais por mês. Na ração, por mês, já era fixo. Tinha que dar plantão dia de domingo, sábado. Dia de sábado todo mundo trabalhava. Não existe hora extra, não. Nunca recebi, não sei nem o que é isso! Nunca, nunca!

– E nem pelos plantões em dia de domingo, não havia extra?

– Nada [nem pelos plantões em dia de domingo], de jeito nenhum, nunca! Hora extra de jeito nenhum, os plantões eram incluídos no salário mesmo. Por exemplo: se eu estou colocando a ração nesse viveiro aqui, e nós vamos despescar hoje, e eu passei o dia todinho hoje trabalhando, aí eu como sou o dono desse viveiro aqui, porque eu estou colocando a ração, eu sou obrigado a vir à noite ajudar na despesca. Mas não ganho nada! Eu sou obrigado a vir ajudar, porque eu conheço o viveiro, já sei a manha do viveiro. Até hoje eles dizem: não, cara, tu tem que vir, tu conhece as manhas dos viveiros, as coisas tudinho. E trabalhava que nem os outros, normal, e já tinha passado o dia todinho trabalhando.

Agora, você não viesse não, à noite! Quando chegasse no outro dia! É, é fora do sério!
– Aí, o que é que eles faziam?
– Suspensão, eles davam suspensão se você não assinasse um recibozinho lá, pra poder assinar lá, como se fosse uma suspensão, se você não assinasse. Quando você voltasse da outra suspensão, até botar você pra fora por justa causa.
– Pronto, assinava a justa causa. Na suspensão eles queriam que o camarada assinasse. Justamente, era isso mesmo, quando você faltava. Era uma bronca medonha! Ah, faltando um dia era uma bronca medonha!
– Quer dizer, que primeiro era uma suspensão?
– Era, primeiro era a suspensão. Depois da suspensão, se você não tivesse amansado, aí tinha que assinar essa justa causa. Era uma novela medonha!

O catador de caranguejo que trabalhou na carcinicultura, ao comparar as duas experiências de trabalho, afirma, com muita convicção, que não voltaria a trabalhar na carcinicultura novamente, a não ser por obrigação, como muitos relatam e se de fato o trabalho no mangue não estiver propício, a exemplo do que ocorre no período das chuvas, quando o caranguejo se esconde ou fica "encantado", como eles costumam dizer. De toda forma preferem trabalhar na pesca, na mariscagem, em sítios a trabalhar na carcinicultura.

– Jorge, você disse que hoje não voltaria mais a trabalhar na carcinicultura?
– Voltaria não.
– Mas você quer continuar trabalhando no mangue ou você tem outras perspectivas?
– Não, eu, agora, o meu pensamento é mangue. Pra mim está melhor muito, Oxe! Mil vezes do que na carcinicultura. Eu trabalho até na sexta-feira. No sábado, no mangue eu não trabalho. No domingo eu não trabalho. Só vou na segunda.
– Mas, o que você acha de trabalhar no mangue?
– Eu gosto de trabalhar no mangue, porque o meu patrão sou eu mesmo. Tô ali pegando meus caranguejos e não tem ninguém ali mandando em mim. Vendo a minha mercadoria pra quem eu

> quiser, se eu quiser, eu levo a minha mercadoria para vender em outro canto. Eu acho que você tem que dar valor aquilo que você faz. Pra mim, eu penso é assim, eu vou dar valor a arte mesmo que eu vim, de trabalho no mangue.
> – Depois da carcinicultura, aprendi mais a respeitar o meio ambiente. Porque depois de tudo que eu vi, aquilo ali foi totalmente uma destruição! Aí, hoje eu não voltaria de jeito nenhum, não! E depois que eu saí nem procurei nenhum outro tipo de trabalho. O primeiro trabalho que eu procurei foi o mangue: fazer as minhas ratoeiras, pegar os meus guaiamus, é isso!

Jorge lamenta o tempo perdido como trabalhador na carcinicultura. Em seu depoimento, refere-se à carcinicultura como um "furacão" e como foi envolvido por ela acreditando nas suas promessas, trazendo a conotação de uma atividade avassaladora, que causa deslumbramento e cegueira, ao mesmo tempo em que enfatiza o quanto é efêmera e passageira.

> – Agora depois que passou esse furacão chamado carcinicultura e a gente voltou a pegar caranguejo, se instalamos.
> – E a gente esse tempo todinho, eu pelo menos estou arrependido demais, vôt! Esse tempo todinho que eu passei dentro da carcinicultura... Mas a pessoa fica envolvida, sei lá! E prometendo muita coisa, as promessas eram demais! Vai ter aumento não sei de quê, vamos fazer uma classificação, subir não sei quem não sei pra onde! Aí eles foram enrolando, enrolando! Hoje ela está pagando! Deus escreve certo por linhas tortas!

Eduardo, catador de caranguejo há mais de 25 anos, em relato sobre sua experiência de emprego na carcinicultura como vigia, por nove meses, enfatiza que não recebia gratificações adicionais ao seu salário, além do risco a que estava exposto na sua função de vigia e de como se sentia vigiado e perseguido, dada a pressão sofrida pelo proprietário da empresa de camarão ao colocar outra pessoa para fiscalizá-lo no desempenho da sua atividade.

> – Era muito ruim, ganho pouco, o salário vei seco ... Era eu pra vigiar, e outro pra me vigiar. Ave Maria eu via a hora chegar em casa, só a notícia mesmo! Era perigoso, trabalho de vigia você

> sabe como é, chega lá você não sabe se volta não! Eu vigiava o ladrão, mas tinha outro pra me vigiar pra ver se eu dormia, pra ver se eu... Era eu vigiando e outro pra me vigiar, todo tempo me perseguindo.

Instigado a contar mais um pouco sobre sua experiência de emprego na carcinicultura, Eduardo expressa, em seu discurso, que foi "o jeito" trabalhar como vigia na carcinicultura, por causa da diminuição da quantidade de caranguejos no mangue no período das chuvas. Ele ressalta que essa situação é agravada pela mortandade de caranguejo ocorrida, entre 2001 e 2003, episódio que impeliu muitos catadores de caranguejo do Cumbe a trabalharem em regiões de mangue no Estado do Rio Grande do Norte.

> – Da época de camarão não tenho nada pra falar. Trabalhei de vigia só porque era tempo de inverno e não tinha ganho, né. O jeito que teve foi trabalhar lá de vigia. [Coincidiu com a época da mortandade do caranguejo] Não tinha mais nada! O camarada se obriga a pegar tudo o que vem mesmo. [O período da mortandade durou uns três anos e] tive que ir pro Rio Grande, tirar caranguejo lá. [No Cumbe] não tinha [caranguejo], não. Lá [no RN] morreu em muitos cantos lá, só não morreu aqui perto, aqui em Grossa, aí eu trabalhava lá.

O catador de caranguejo relata que em outras localidades do Rio Grande do Norte, como Guamaré, Porto do Mangue, Logradouro, os caranguejos também morreram por causa dos viveiros. É interessante perceber como para o catador de caranguejo está evidente a associação entre a mortandade de caranguejos e a carcinicultura.

Alguns catadores de caranguejo tiveram experiência de emprego em fazendas de camarão e, referindo-se ao trabalho no mangue, assinalam que nesta ocupação são autônomos e não são sujeitos ou não são mandados por ninguém. Distintamente na carcinicultura, os mesmos trabalhadores vivenciaram situações de exploração e humilhação no trabalho, como veremos a seguir no diálogo com Luís, catador de caranguejo que teve uma experiência de dois anos de emprego na carcinicultura.

> – [Na carcinicultura] colocava a ração; colocava a comida pra eles

[os camarões]; também despescava o viveiro.
– Fazia tudo dentro de um viveiro, no viveiro eu fiz tudo, mas pra mim, no mangue é melhor, porque a gente não fica dependendo de ninguém, não fica sendo mandado. Às vezes as pessoas querem humilhar a gente, querem humilhar; querem dar bronca e além de ganhar pouco. E no caranguejo, no mangue, quem trabalhou não quer trabalhar mais a dia.
– Quando você fala humilhação, o que você quer dizer?
– É porque, às vezes você pega um serviço, o encarregado, e às vezes o dono mesmo chama sua atenção. Se você estiver atrasado, você volta. Isso daí pra mim é humilhação, porque muitas vezes você é humilhado, às vezes eles dizem coisa com o trabalhador, tem mania de chamar o trabalhador de ladrão. É, nesse caso, eu acho que é humilhação. A pessoa, a maioria das pessoas está trabalhando para ser chamado de ladrão? Chamado de vagabundo? E no mangue, não, é você fazer o seu serviço e não tem ninguém para reclamar, não.
– Desses serviços que você já trabalhou, afora o mangue, qual foi o que você sentiu mais humilhação?
– O pior foi trabalhar na carcinicultura, que foi no Carcinicultor 1 e no Carcinicultor 8 que eles são carrascos, eles gostam de judiar com o trabalhador, eles não têm pena de você, eles não querem saber se você tem algum problema, não. Pra eles você é sujeito a ele.
– E também [no mangue] não trabalha o dia todo, eu trabalhando aqui, daqui para as 12 horas eu faço a minha diária, faço 15 reais, 20, e na diária não, você tem que trabalhar o dia todinho para ganhar 15 reais, e trabalha o dia todo.
– Hoje eu passo o dia trabalhando no mangue. Agora, mas se eu quiser, eu trabalho só de manhã, se eu não quiser, eu não venho amanhã, não venho hoje, eu venho no dia que eu quiser, dependendo também da maré, e dá para sobreviver! Agora, já no inverno não, no inverno a gente procura outro trabalho, procura a pesca.

Percebemos que o tipo de emprego gerado pela carcinicultura distancia-se e muito do trabalho que a cata do caranguejo possibilita realizar e do tipo de relação que é construída com o manguezal. Catadores de caranguejo que tiveram experiência de emprego na carcinicultura relatam que não voltariam

a trabalhar nessa atividade econômica, mesmo em tempos difíceis para o catador de caranguejo, a exemplo do período das chuvas. Voltar a trabalhar na carcinicultura para alguns, só se fosse "uma obrigação muito grande" e na falta de alternativa de trabalho. Como relata Jorge e depois Luís:

> – E essa viagem que eu fiz agora para o Rio Grande, eu passei o mês de novembro no Logradouro pegando caranguejo. Assim que eu cheguei lá fui chamado, assim que cheguei! O pessoal que trabalhava na (Carcinicultura 11) está tudo lá, o engenheiro gerente, é quem manda lá. Assim que eu cheguei, me chamaram. Não, vou não, nessa daí eu não entro mais não! Entro nada! Aí me chamaram: você deixar de trabalhar de carteira assinada em um canto, para estar aqui em um negócio desses daqui! Você só tem quando vai! Realmente é, eu sei. E também você trabalhando de carteira assinada numa firma dessa aí, e não vá também! Você não vai ter não, você vai logo é pra fora! Pronto, é o que eu falo pra eles também: - aqui no mangue, tá certo, você só tem quando vai. Mas, também na carcinicultura, um dia se você faltar, eles lhe botam logo pra fora, lhe dão uma suspensão!
> – Já trabalhei [na carcinicultura]. Hoje eu não quero trabalhar mais não, só se for uma obrigação muito grande, e dizer "rapaz, não tem outra coisa não, você tem que ir", aí eu prefiro e sou obrigado a ir. Agora, tendo o rio aí, a gente se vira, vai para pesca, tira o sururu, tira a intã, porque o caranguejo não presta para a gente trabalhar no inverno não. Deus queira que não seja preciso, que não chegue o dia não, eu sou mais nos caranguejos. Aí, às vezes eu viajo para o Rio Grande no inverno quando aqui está ruim. Eu vou para o Rio Grande, lá no inverno é bom para a gente pegar.

O emprego na carcinicultura foi uma decepção para muitos catadores de caranguejo que no início da implantação das fazendas de camarão imaginavam que ela traria o emprego e o salário certo no fim do mês.

De modo geral, a visão do catador de caranguejo antes de passar pela experiência de emprego na carcinicultura era de que entre o trabalho no mangue como catador de caranguejo, que não tem um salário fixo, e a promessa de um emprego com perspectiva de salário certo, especialmente no período das chuvas, em que o caranguejo "fica mais difícil", apresentava-se como possibilidade

de uma sobrevivência com segurança para si e para sua família em tempos de dificuldade.

Conforme mencionado anteriormente e observado em campo, no período das chuvas, a quantidade de caranguejo diminui consideravelmente no mangue por causa, segundo relatos dos catadores de caranguejo, do fato de que nesse período os caranguejos se escondem na toca e ficam "encantados". Durante esse tempo, o caranguejo cresce e ao passar o período das chuvas adquire um tamanho maior e mais adequado para ser capturado.

Acontece que ainda não há uma política pública que garanta aos catadores de caranguejo algum tipo de seguro em tempos de escassez desse crustáceo. Além do período das chuvas, há que se considerar o período da "andada do caranguejo", em que ocorre a reprodução da espécie, cerca de três vezes por ano, com aproximadamente uma semana de duração cada. Nessas épocas, o Ibama proíbe a cata e o comércio de caranguejos, mas não existem políticas públicas que amparem os catadores de caranguejo, garantindo-lhes sua sobrevivência e de suas famílias.

Consideramos de suma importância a formulação de política pública que incentive a pesca artesanal e, por conseguinte, valorize a cultura do trabalho no mangue, o que certamente contribuiria para a manutenção do modo de vida tradicional dos povos do mangue. Nessa perspectiva, e salientando que muito ainda precisa ser feito, vale destacar que em 13 de junho de 2012,

> A Comissão de Assuntos Sociais do Senado aprovou (...) projeto de lei que concede seguro-desemprego aos catadores de caranguejo durante o período de defeso, quando a captura da espécie é proibida (PLC 53/2011). A proposta deve seguir à sanção presidencial, sem passar pelo Plenário do Senado (VIANA, 2012, p. 1).

É fundamental que uma política pública de incentivo à cata do caranguejo considere, sobretudo, a cultura e o modo de vida dos povos do mangue, a sua forma de se relacionar com o ecossistema manguezal fundada na sustentabilidade, enfim, o seu habitus, no dizer de Bourdieu (2007). A nosso ver, uma política pública tomada nesse sentido agregaria valor à pesca artesanal dando-lhe um caráter profissional.

Nessa direção, Valencio alerta,

> Não se pode falar da pesca profissional artesanal sem considerá-la

> um modo tradicional de trabalho que permeia a organização da vida de milhares de famílias; o que, portanto, deveria colocá-la na esfera da discussão das garantias dos direitos humanos – sócio-culturais e econômicos, vistos indissociavelmente – de forma mais incisiva do que se tem feito (VALENCIO, 2007, p. 103).

A afirmação da identidade tradicional de “povos do mangue”: elementos do habitus do Cumbe

Compreendemos que o presente estudo nos dá pistas para identificarmos, com referência no conceito de *habitus* em Bourdieu (2007), as características do modo de vida da comunidade Cumbe, cujo trabalho no mangue, traduzido na cata do caranguejo, na mariscagem, na pesca no rio Jaguaribe, na utilização dos resíduos de carnaúba para confecção do artesanato local, constitui o centro da vida das pessoas na comunidade, sendo, pois, uma face da cultura local que tem no ecossistema manguezal, com toda a sua biodiversidade (fauna e flora), um rico cenário permeado de lendas, crenças, estórias e histórias, saberes e práticas no usufruto do mangue, que se expressam de diversas formas na vida social, cultural e política da comunidade.

Para Bourdieu (2007, p. 21-22), uma das funções da noção de habitus é a de ser capaz de possibilitar identificar uma unidade de estilo a qual liga as práticas e os bens de um agente em particular ou de uma classe de agentes. O habitus é, por assim dizer, “o princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida unívoco, isto é, em um conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bens, de práticas”.

Continuando, Bourdieu (2007) enfatiza que:

> Os habitus são princípios geradores de práticas distintas e distintivas – o que o operário come, e, sobretudo sua maneira de comer, o esporte que pratica e sua maneira de praticá-lo, suas opiniões políticas e sua maneira de expressá-las diferem sistematicamente do consumo ou das atividades correspondentes do empresário industrial; mas são também esquemas classificatórios, princípios de classificação, princípios de visão e de divisão e gostos diferentes.
>
> [...] As diferenças associadas a posições diferentes, isto é, os bens, as

> práticas e, sobretudo as maneiras, funcionam, em cada sociedade, como as diferenças constitutivas de sistemas simbólicos, como o conjunto de fonemas de uma língua ou de um conjunto de traços distintivos e separações diferenciais constitutivas de um sistema mítico, isto é, como signos distintivos (BOURDIEU, 2007, p. 22).

Baseado na formulação de Bourdieu acerca da presença de uma estrutura subjacente ao social e da possibilidade, segundo o autor, de construir "um caso particular do possível" (BOURDIEU, 2007, p. 28), instigamo-nos a buscar no presente trabalho identificar os mecanismos de reprodução do espaço social no Cumbe. Nessa perspectiva, dedicamo-nos, a partir da reflexão de Bourdieu, a "construir o espaço social e o espaço simbólico" do Cumbe tomando como núcleo de análise o trabalho no mangue, "para definir os princípios fundamentais de diferenciação [...]", "e, sobretudo, os princípios de distinção, os signos distintivos específicos", no que diz respeito ao modo de vida da comunidade que a caracteriza como uma comunidade tradicional condizente com o que estamos conceituando "povos do mangue".

Entendemos que o Cumbe guarda as características das populações e comunidades tradicionais, conforme assinalado por Diegues:

> a) dependência e inclusive certo nível de simbiose com a natureza, os ciclos naturais e os recursos naturais renováveis a partir dos quais se constroem um modo de vida;
> b) profundo conhecimento da natureza e de seus ciclos, que se reflete na elaboração de estratégias de uso e de manejo dos recursos naturais. Esse conhecimento é transferido oralmente de geração em geração;
> c) noção de território ou espaço onde o grupo social se reproduz econômica e socialmente;
> d) ocupação de seu território por várias gerações, ainda que alguns membros individuais possam ter se deslocado para os centros urbanos e voltado para a terra de seus antepassados;
> e) importância das atividades de subsistência, ainda que a produção de mercadorias possa estar mais ou menos desenvolvida, o que implica uma relação com o mercado;
> f) reduzida acumulação de capital;
> g) importância dada à unidade familiar, doméstica ou comunal

> e às relações de parentesco ou compadrio para o exercício das atividades econômicas, sociais e culturais;
> h) importância das simbologias, mitos e rituais associados à caça, à pesca e atividades extrativistas;
> i) a tecnologia utilizada é relativamente simples, de impacto limitado sobre o meio ambiente. Há reduzida divisão técnica e social do trabalho, sobressaindo o trabalho artesanal, cujo produtor (e sua família) domina o processo de trabalho até o produto final;
> j) poder político débil: o poder reside nos grupos sociais influentes dos centros urbanos;
> k) auto-identificação ou identificação pelos outros de se pertencer a uma cultura distinta das outras.

Para Diegues (2005), além do modo de vida, um dos critérios mais importantes a ser considerado para definição de uma população tradicional é o reconhecimento de pertença de seus membros ao seu grupo social, conforme observamos na comunidade Cumbe.

Nessa perspectiva, identificamos, na comunidade Cumbe, diversos elementos que a caracterizam como uma comunidade tradicional (DIEGUES, 2005) e que constituem o seu habitus (BOURDIEU, 2007), os quais estão representados: na cultura do trabalho no ecossistema manguezal – cata do caranguejo, mariscagem, na pesca artesanal nas gamboas e leito do rio Jaguaribe; nos significados construídos sobre o trabalho no mangue, explicitados no sentimento de autonomia, no modo como os catadores de caranguejo organizam o seu tempo de trabalho, na forma como regem o seu processo de trabalho, a partir da compreensão e do respeito ao comportamento (ciclos de crescimento e reprodução, habitat) das espécies que o compõem e de acordo com os fluxos das marés; na utilização de técnicas antigas de catar o caranguejo e a reprodução do saber e da arte a elas relacionados às gerações mais novas; na relação de pertencimento ao ecossistema manguezal, e na forma sustentável de usufruto do seu patrimônio natural, de valorização de sua biodiversidade (fauna e flora), o que tem garantido, ao longo dos anos, a sua preservação; nos significados construídos sobre o ecossistema manguezal, considerado como fonte de sobrevivência, como a própria vida, a sua casa e a sua saúde; nas diversas expressões artísticas do lugar; nas celebrações religiosas e nas festas folclóricas e populares; no plantio de algumas culturas para subsistência; no lazer proporcionado pelo ecossistema local; na dinâmica das relações sociais construídas com base na solidariedade,

na partilha, na generosidade, na confiança, nos laços de amizade, de trabalho, de companheirismo e de parentesco; na existência de sítios arqueológicos.

Por vezes, durante a pesquisa de campo, moradores do Cumbe referiram-se à lenda de Dom Sebastião, também retratada no estudo de Queiroz:

> [...] no morro do Sítio Cumbe, está encantado o rei de Portugal, El Rei Dom Sebastião, com sua cavalaria. Em certos dias, nas noites de luar, D. Sebastião, ao som de seus tambores de guerra, sai passeando pelas encostas do morro acompanhado de sua tropa (QUEIROZ, 2007, p. 23).

Alípio Luís Pereira da Silva, citado pela autora, explica que o som escutado pelos moradores tem relação com um fenômeno natural que é:

> [...] ocasionado pelo peso dos morros de areia que se formam sobre os brejos ao pé-do-morro, como eles encontram um solo rígido, descem, produzindo o deslocamento seguido de grandes estrondos" (QUEIROZ, 2007, p. 23).

Sobre os artefatos encontrados nos campos de dunas mencionados por Pinto (2009) e ilustrados por Teixeira (2008), comprovaram a existência de 71 ocorrências arqueológicas que remontam aos períodos pré-histórico e histórico. Há evidências de ocupação desse território por grupos marisqueiros-coletores-caçadores; e que entre o final do século XVI e o final do século XVII, os índios Potiguar (Tupi) e Paiacu (Tapuia) estiveram presentes no baixo Jaguaribe. Entre os vestígios, foram encontrados: instrumentos de coleta, preparo, acondicionamento e consumo de alimentos; conchas de bivalves (ostras) e gastrópodes (VIANA; SANTOS JÚNIOR, 2008).

Em relação às manifestações culturais do Cumbe, além das festas folclóricas e populares, junina, reisado, bumba-meu-boi (TEIXEIRA, 2008), merece destaque a festa do padroeiro da comunidade – Nosso Senhor do Bonfim – celebrada no terceiro domingo de novembro; e a festa da padroeira de Aracati – Nossa Senhora do Rosário, em 7 de outubro (QUEIROZ, 2007).

São também expressões artísticas da comunidade: o artesanato feito pelos homens à base dos resíduos de carnaúba (galhos, raízes), dos coqueirais, sementes e outras plantas da região; a confecção dos bordados de labirinto pelas mulheres; o teatro de bonecos com o grupo Calungas; a composição de cordéis,

poemas e músicas por moradores do lugar (TEIXEIRA, 2008).

O laser oferecido pelo complexo de ecossistemas naturais ilustrados em Teixeira (2008): gamboas e rio Jaguaribe, campo de dunas, mar, manguezal, é parte da cultura do Cumbe. Em dia de domingo e feriados, e, por vezes, durante a semana, é habitual o encontro de seus moradores (grupos de familiares e amigos) em confraternização à beira do rio Jaguaribe, em que preparam o pirão de peixe fresco e assam as ostras, que são saboreados ali mesmo embaixo de uma árvore no mangue.

No dizer de Valencio,

> Se tradição é o que está envolvida na produção e no controle do lugar por cada comunidade, que se reafirma ativamente através da interpretação contínua dos significados e técnicas do passado (VALENCIO, 2006, p.3).

Como vimos na análise e na interpretação dos discursos dos sujeitos entrevistados e observamos no campo empírico, a vida em comunidade no Cumbe é singular, no que diz respeito ao cultivo de suas tradições representadas nas suas diversas formas de expressão.

A vida no Cumbe é peculiar e marcada de singularidades que revelam, em meio ao conflito socioambiental instaurado, os elementos constitutivos do seu habitus, os quais a comunidade busca reproduzir, afirmando sua identidade tradicional, permitindo-nos, assim, considerar o Cumbe um modelo particular, cujo modo de vida converge com o que denominamos "povos do mangue".

É por essa comunidade tradicional – "um lugar rico por dar muito caranguejo" – que passa "esse furacão chamado carcinicultura", incentivado pelas políticas públicas e subsidiado por meio do financiamento de bancos públicos, que sob o discurso do desenvolvimento e do progresso, tensiona o seu modo de vida, comprometendo, sobretudo, a relação da comunidade com o ecossistema manguezal e a continuidade da cultura do trabalho no mangue.

No entanto, em meio a essas circunstâncias, aqueles da comunidade, que no início se "envolvem" e se "iludem" com o discurso hegemônico propalado pela carcinicultura, com o tempo despertam e buscam meios de resistir à carcinicultura no contexto de um espaço social marcado por extrema desigualdade na distribuição de poder dos agentes envolvidos no conflito.

No cenário de disputa material e simbólica entre os distintos agentes sociais, no que se refere às formas de uso e à apropriação do ecossistema manguezal, a

comunidade se sente desamparada pelo Estado brasileiro que, além de incentivar com políticas públicas e financiamento de bancos públicos a carcinicultura, autoriza, por meio da concessão da licença ambiental emitida pelo órgão ambiental, a destruição das comunidades de vida do ecossistema manguezal.

Capítulo elaborado com base na pesquisa *O trabalho no mangue nas tramas do (des)envolvimento e da (des) ilusão com "esse furacão chamado carcinicultura": conflito socioambiental no Cumbe, Aracati-CE* apoiada com recursos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do projeto Impactos do processo produtivo e das transformações ambientais da carcinicultura sobre a saúde humana no Baixo Jaguaribe, Ceará, Brasil (Processo 480548/2004).

Agradecimentos à CAPES e ao CNPq; ao João Luís Joventino do Nascimento pelos diálogos e reflexões sem fim sobre o Cumbe e pelo apoio fundamental à realização da pesquisa de campo; à comunidade do Cumbe, aos catadores de caranguejo e marisqueiras do Cumbe, pela participação na pesquisa e pela confiança depositada e à bibliotecária Norma Linhares pela revisão das referências bibliografias.

CAPÍTULO 20

Relatos e reflexões com base no projeto de formação de lideranças para a gestão participativa da PNSIPCFA

André Luiz Dutra Fenner
Clovis Vailant
Gislei Siqueira Knierim
Gustavo Augusto Gomes de Moura
Jorge Mesquita Huet Machado
José Wilson Souza
Juliana Acosta Santorum
Larissa Aparecida Delfante
Maria do Socorro Souza
Noelia da Silva Vieira
Noemi Margarida Krefta
Sheila Gomes Lima

Neste capítulo, traremos relatos e reflexões sobre o Projeto de Formação de Lideranças para a Gestão Participativa da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) proposto a partir das agendas políticas e reivindicatórias dos movimentos sociais, das diretrizes e do plano operativo desta política de equidade, com estratégias definidas pelos seguintes movimentos sociais: Confederação Nacional de Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura (Contag), Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) e Movimento de Luta pela Terra (MLT), em parceria operacional com o Programa de Promoção da Saúde, Ambiente e Trabalho (PSAT), da Diretoria Regional de Brasília (Direb), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e com o Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa (Dagep/Ministério da Saúde), respeitados o papel e a autonomia de cada ente participante.

Esses movimentos sociais são movidos pelo ideário de igualdade, justiça social e democracia e visam construir um projeto político de campo em contraposição ao modelo exportador, que historicamente se mantém com a expropriação

da terra e a exploração dos trabalhadores. Com formas distintas de mobilização social e organização política, o comum entre eles são as históricas bandeiras de luta por direitos e políticas públicas que satisfaçam as necessidades humanas básicas[1] dos povos do campo, das florestas e das águas[2], como acesso à terra, à água, ao fortalecimento da agricultura familiar camponesa e da agroecologia, à universalização dos direitos sociais e fortalecimento da participação popular nos espaços públicos e espaços políticos: condição básica para consolidação do Estado democrático e de direito.

As sistematizações aqui relatadas refletem processos político-formativos próprios, desenvolvidos em distintos contextos, e centrados na luta pela universalização do direito à saúde e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), condição precípua para a implementação da PNSIPCFA.

A experiência da Confederação Nacional de Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura (Contag)

Desde a criação do SUS que a Contag assume compromissos com a formação de lideranças para participação qualificada nos espaços de controle social e de gestão participativa como estratégia de luta por um sistema de saúde que seja público, universal, equânime e com atendimento integral; reafirmados nos históricos congressos da categoria[3], nas ações de massa[4] e no seu projeto político: Projeto Alternativo de Desenvolvimento Rural Sustentável e Solidário[5].

---

[1] Necessidades humanas básicas: segundo Plant, a necessidade pertence à categoria dos componentes primordiais para que a vida de todos e de cada um tenha sentido. A perda desse sentido deve ser entendida como a certeza de que a vida na sociedade estiolou-se e regrediu (ESPADA, 1999 apud GOMES, 2012). De acordo com Potyara (2007), o termo básico significa algo fundamental, principal, primordial que serve de base de sustentação indispensável e fecunda que possa impulsionar o atendimento e a satisfação das necessidades humanas.

[2] Povos do campo, das florestas e das águas: ver texto da PNSIPCFA.

[3] O 1º Congresso Camponês ocorreu em Belo Horizonte em 1961. Em 1963, o 2º congresso da categoria de trabalhadores rurais deu origem à Contag. Em 1991, no seu 5º Congresso, a Contag decide não desempenhar funções próprias do Estado, rompendo com a prática assistencialista e clientelista dos sindicatos como prestadores de serviços de saúde, abraçando a luta do Movimento de Reforma Sanitária pela construção de um sistema de saúde público e universal: o SUS.

[4] Grito da Terra Brasil, Marcha das Margaridas, Festival da Juventude Rural, Encontros da Terceira Idade, Marcha dos Assalariados(as) Rurais.

[5] Projeto Alternativo de Desenvolvimento Rural Sustentável: faz crítica ao capitalismo no campo e apresenta diretrizes que orientam a ação do Movimento Sindical de

Esse posicionamento foi determinante para a constituição da parceria Contag e Ministério da Saúde (SGEP), propugnada em projetos de Educação em Saúde de anos anteriores, 1997, 2005, e mais recentemente nos termos do Acordo de Cooperação Técnica para implementação da PNSIPCFA (2012)[6].

O desafio de construir um modelo de atenção à saúde que atenda às necessidades de saúde das populações do campo, de pensar a organização do SUS no interior do país – em especial nos vazios assistenciais –, e de implementar a PNSIPCFA motivou a Contag, os parceiros[7] e os colaboradores[8] a assumirem o compromisso de desenvolverem processos formativos que superassem a fragmentação entre a educação continuada dos profissionais de saúde, educação popular em saúde dos movimentos sociais, assistência no SUS, controle social, gestão participativa. A experiência da Contag, portanto, não concebe a formação como fim em si mesmo, mas como condição necessária para a PNSIPCFA sair da intencionalidade e ganhar materialidade.

Por essa razão, o principal objetivo proposto foi a formação de dirigentes e assessores sindicais, e de lideranças comunitárias conjuntamente com gestores e trabalhadores do SUS, contribuindo, assim, para a atuação articulada na formulação e na implementação de estratégias loco/regionais, ao desenvolvimento de ações que atendam às especificidades das populações que têm seus processos de vida e trabalho relacionados com o campo, as florestas e as águas.

A seleção dos participantes dessa experiência se orientou em critérios pré-estabelecidos pelo núcleo gestor do projeto[9], de modo a formar grupos de facilitadores[10] com capacidade de analisar a condição de saúde dos povos do cam-

---

Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais coordenado nacionalmente pela Contag.. Atualmente, existem 27 Federações Estaduais de Trabalhadores(as) na Agricultura (FETAGs) e cerca de 4.500 Sindicatos de trabalhadores(as) Rurais (STTRs) filiados à Contag.. Essas entidades são filiadas e/ou mantém relações políticas com a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e a Central dos Trabalhadores do Brasil (CTB).

[6] Acordo de Cooperação Técnica Contag (MS).

[7] Parceiros: Fiocruz Brasília, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS, Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental do MS, Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Escola Nacional de Formação da Contag (Enfoc), Federações Estaduais de Trabalhadores(as) na Agricultura, Sindicatos de Trabalhadores(as) Rurais.

[8] Colaboradores permanentes: Fernando Carneiro, Paulo Penna, Pignatti, Jorge Huet Machado, Kátia Souto, Alexandre Merrém, Amarildo Carvalho, Maria Aparecida, Sinádia, Gil, Socorro Souza. Colaboradores iniciais: Petilda Vazquez , Carlos Minayo.

[9] Núcleo gestor do projeto: papel e composição.

[10] Facilitadores: sujeito social e político com capacidade crítica e poder de decisão nos espaços de sua atuação política-profissional. Cada estado constituiu um grupo de facilitadores formado com até 10 pessoas, a depender do tamanho do território.

po, das florestas e das águas, e de atuar e intervir na realidade local.

O percurso formativo foi desenvolvido e se deu por meio de cinco cursos regionais com dois módulos presenciais, um de 40 e outro de 32 horas/aulas, intercalados por atividades práticas nos territórios, totalizando 132 horas/aulas. Foram mobilizados e formados cerca de 250 facilitadoras e facilitadores, contemplando territórios, localizados em municípios e 18 Estados das cinco regiões do país: Sul (RS e PR), Sudeste (ES e MG), Centro-Oeste (GO, MT e MS), Nordeste (AL, BA, CE, PE, PI e RN) e Norte (AM, PA, RO, RR e TO).

Vale ressaltar que a coordenação pedagógica contou com a colaboração da Escola Nacional de Formação da Contag (Enfoc)[11], que tem a educação popular como referencial de sua política de educação. Os princípios e as diretrizes da pedagogia de Paulo Freire (1996) e da Política de Educação Popular em Saúde guiaram todo processo formativo: a problematização a partir das realidades cotidianas dos sujeitos, a provocação para a conscientização acerca dos problemas identificados, a defesa do direito à saúde como direito humano ou à necessidade humana básica, a defesa da democracia e da participação social, a amorosidade e compromisso com os ideários de igualdade e justiça social, solidariedade na luta e a valorização da identidade e cultura camponesa (BRASIL, 2013).

Por se tratar de públicos distintos e com papéis diferenciados como facilitadores das ações locorregionais, o primeiro módulo do curso esteve voltado para a construção de relações pedagógicas e políticas de pertencimento e de comprometimento dos sujeitos mobilizados com os objetivos do projeto; diálogo político entre os dirigentes, as assessorias e as lideranças comunitárias, os gestores e os trabalhadores do SUS; problematização do contexto de vida e trabalho no campo considerando os modelos de desenvolvimento em disputa; a luta do movimento sindical pelo acesso à terra e direito à saúde, reflexão sobre o SUS como política social[12] e política pública[13] na perspectiva da garantia de direitos e de conquista da cidadania e o estudo sobre a PNSIPCFA.

O grupo de facilitadores foi constituído por dois segmentos. O primeiro segmento foi composto por dirigentes sindicais, assessores sindicais, lideranças comunitárias das entidades sindicais filiadas à Contag, com atuação direta na política social, na formação política sindical, e com experiências em conselhos de políticas públicas. O segundo grupo composto por gestores e trabalhadores da saúde, com poder de decisão sob os processos de implementação das políticas de equidade no SUS nos estados e municípios selecionados.

[11] Escola Nacional de Formação da Contag.

[12] Política social.

[13] Política pública.

Por meio de dinâmicas participativas, foi possível identificar as representações sociais dos sujeitos-participantes sobre concepção de campo, dos povos do campo, de questão agrária, da questão ambiental, dos territórios do projeto, dos modelos de desenvolvimento, dos processos produtivos, da organização do trabalho, das relações sociais de gênero, geração, raça e etnia, direitos dos usuários do SUS; instigando a crítica analítica de como determinam o processo saúde-doença das populações rurais, em especial os camponeses. O destaque maior foi para o impacto do atual modelo produtivo (agronegócio) na saúde da população, dos trabalhadores e no ambiente; bem como o desafio do Estado em promover políticas públicas que garantam a proteção social dessas populações, alterando positivamente o padrão da qualidade de vida, contribuindo para sua permanência no campo, nas florestas e nas águas.

De modo geral, o MSTTR reconhece o SUS como uma política pública em construção, e que recentemente começou a chegar no meio rural. Portanto, demandam ampliação do acesso, resolutividade dos problemas que afetam sua saúde e um cuidado que contemple suas especificidades. Apontam também a necessidade de efetivação do controle social e de mais processos de formação de conselheiras e conselheiros de saúde.

Os(as) facilitadores(as) mobilizados pelo projeto entendem o SUS como uma política pública em construção e em disputa contra-hegemônica, o SUS ideal e o SUS real, que apresenta melhorias recentes no âmbito da Atenção Básica, mas que ainda é muito insatisfatório quanto à capacidade resolutiva de consultas, exames e tratamentos especializados. Afirmam que os cuidados em saúde ainda não contemplam as especificidades dos usuários do campo. Há, por parte da maioria dos trabalhadores e dos gestores da saúde, desconhecimento quanto ao modo de vida social, dos processos e da organização do trabalho, dos saberes e das práticas tradicionais, localidades geográficas e perfil epidemiológico.

Entre o primeiro e o segundo módulo do processo formativo, foram desenvolvidas atividades de campo para observação empírica acerca das necessidades locais. Os(as) facilitadores(as) elaboraram um diagnóstico de realidade tendo um roteiro como proposta para o levantamento de questões. Dentre os achados, merecem destaques do diagnóstico de realidade:

> Há opressão do empregador sobre o assalariado, do próprio agricultor familiar que reproduz discurso e prática opressores. Há ainda a opressão causada pela imposição do uso do veneno, há opressão do

mercado que subvaloriza o trabalho do agricultor, há opressão do poder público pela falta de políticas públicas para a agricultura e qualidade de vida no campo." (ES) (Acervo do projeto).
O uso [de agrotóxicos] é indiscriminado pelos agricultores e pelos grandes empreendimentos, os quais não consideram o risco para a saúde da população e os impactos ambientais, a saber: poluição do solo, da água e do ar. Como consequência do uso desses produtos químicos é evidente o sofrimento de pessoas [...]. Como estratégia de enfrentamento apontamos o fortalecimento da agricultura familiar e, utilização de adubos orgânicos e a expansão de atividades diversificadas. (PA) (Acervo do projeto).

Realidade negativa, que não atende aos anseios da nossa população. Uma das grandes contradições é a lei existir e não termos as garantias de acesso. [...] O aspecto positivo é que podemos mudar essa realidade contraditória, pois os conselhos de saúde são mecanismos para serem utilizados para ajudar os usuários. Capacitados e preparados nossos conselheiros podem atuar positivamente. (MS) (Acervo do projeto).

A socialização e o aprofundamento dos achados no diagnóstico ocorreram no segundo módulo dos cursos regionais. Cada equipe de facilitadores elaborou um plano de ação para contribuir na implementação da PNSIPCFA, definindo prioridades e estratégias de atuação e de intervenção frente às necessidades identificadas nos territórios.

O processo do planejamento foi extremamente cuidadoso, no sentido de que o seu resultado fosse uma expressão das necessidades e das vontades dos sujeitos participantes, que também serão responsáveis por sua execução, resguardados os papéis políticos do movimento sindical de ser mobilizador, fiscalizador e propositivo das políticas de saúde, e os papéis sociais dos gestores e trabalhadores da saúde no âmbito do SUS. Os passos para planejamento foram: definição do foco; reflexão sobre o foco/árvore dos problemas; análise do contexto interno e externo; visão de futuro/árvore dos objetivos; e, por fim, definição de estratégias, de ações, de responsáveis, do prazo e das parcerias.

Em síntese, os objetivos priorizados em cada Estado, e que orientaram a atuação das equipes de facilitadores(as) nos territórios do projeto, foram:

- Fortalecer a Agricultura familiar – agroecológica/orgânica como

promotora de saúde (AL, MS, PE, RN).

- Qualificar a participação do MSTTR nos espaços do controle social e de gestão participativa (AM, CE, GO, MG, PR).
- Reduzir os impactos dos agrotóxicos na saúde e no ambiente. Ampliar e fortalecer a saúde do trabalhador (BA, ES, MT, PA, PI, RR).
- Ampliar o acesso da população do campo, da floresta e das aguas às políticas de saúde (RO, RS, TO).

A construção dos planos, mesmo com temas distintos, teve como eixo comum promoção da saúde do(a) trabalhador(a) do campo, da floresta e das águas. Essa ênfase se justifica certamente porque os agrotóxicos aparecem como denúncia de uma realidade de adoecimento e de morte de trabalhadoras e trabalhadores na agricultura. Por outro lado, a agroecologia é anunciada como práxis que promove a saúde no campo, na floresta e nas águas. Dessa forma, são dois temas voltados para transformação do modelo produtivo nos territórios, e que incorporam amplas possibilidades, de promoção da saúde e da intervenção sanitária nos processos de desenvolvimento local. É também uma forma de luta social e política, de construção de uma política pública para redução de uso de agrotóxicos, em consonância com o Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (Planapo) (CIAPO, 2013).

O desafio de agora é o desenvolvimento do plano de ação nos territórios, ou seja, fazer com que as ações e os serviços do SUS passem a atender melhor às necessidades de saúde da população do campo, das florestas e das águas, garantindo condições para implementação da PNSIPCFA em sua integralidade. Essa decisão exige melhorar a capacidade de mobilização e de proposição do Movimento Sindical de Trabalhadores(as) Rurais; ampliar os níveis de financiamento do SUS; valorizar os trabalhadores(as) da saúde que atuam com essas populações, a exemplo do programa Mais Médicos; aprimorar e ampliar os estudos e as pesquisas sobre questão agrária e saúde no campo; desenvolver políticas públicas de modo articulado (intersetoriais e territorializadas); ajustar e integrar os sistemas de informação do SUS de modo a dar visibilidade aos resultados alcançados com a implementação da política; desenvolver uma proposta de formação de lideranças e conselheiros(as) de saúde que são do campo, das florestas e das águas; colocar a política de saúde a serviço de um novo padrão de

qualidade de vida para essas populações, em contraposição a um modelo de atenção à saúde que historicamente esteve voltado para amenizar os efeitos danosos do modelo agroexportador na vida das pessoas e no ambiente.

Considerações

Os caminhos percorridos e os possíveis ganhos dessa experiência político-formativa ainda estão para serem melhor avaliados e sistematizados, mas desde já podemos afirmar que a mesma em muito contribuiu para a formação dos profissionais de saúde, bem como para qualificar o exercício de gestão participativa da PNSIPCFA. A experiência proporcionou interação entre diferentes sujeitos sociais e políticos, a construção de metodologias de educação em saúde numa perspectiva participativa e popular, produção de conhecimentos sobre questão agrária e direito à saúde; orientações para implementação da PNSIPCFA nos territórios.

A relação entre campo e cidade, rural e urbano, saúde e doença e as construções de soluções para a aguda diferenciação em termos de acesso e de disponibilidade de redes de atenção à saúde das populações do campo, das florestas e das águas podem ser superadas.

Essas perspectivas foram possibilitadas pela parceria Contag, Fiocruz e Segep.

A contribuição da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CGST-MS) foi essencial para qualificar as pautas reivindicatórias do movimento sindical quanto ao papel do SUS na vigilância em saúde ambiental e saúde do(a) trabalhador(a). Foi importante também para a mobilização e comprometimento das áreas de saúde do trabalhador nos estados, com destaque para os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerests Rurais), conquistados em negociações do Grito da Terra Brasil e Marcha das Margaridas, mas que ainda se mostram incipientes para modificar a saúde ambiental e saúde dos trabalhadores no meio rural.

Percebe-se que a gestão participativa da PNSIPCFA ganha mais força nos Estados em que há áreas técnicas de articulação das políticas de equidade ou em que tem instituídos os comitês de equidade.

A participação do Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa da SGEP/MS foi de fundamental importância para mobilizar as Secretarias Estaduais de Saúde, divulgando e fortalecendo as áreas técnicas e os comitês de articulação das políticas de equidade.

A participação do MSTTR nos espaços de controle social também foi foco de debates, em especial a participação em todas as etapas da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Nos Estados em que há participação do MSTTR nos espaços de controle social e gestão participativa, por contarem com a participação popular e uma ampla agenda em defesa do direito à saúde e do SUS, apresentam um potencial maior de desdobramento da experiência até então desenvolvida, o que pode garantir continuidade e sustentabilidade das ações iniciadas nos territórios do projeto.

Foi intencionalmente e constantemente articulada a agenda do projeto à agenda estratégica geral da Contag com a discussão da conjuntura da saúde e estratégias de luta pelo direito à saúde, a exemplo da Marcha das Margaridas, Festival Nacional da Juventude Rural, Grito da Terra Brasil e Itinerário Formativo da Enfoc.

Avaliamos como acertada a estratégia de articular os objetivos e as estratégias do projeto à agenda política da Contag e à agenda política da saúde, contextualizadas e fortalecidas nas ações e nas lutas em curso durante o ano de 2014 e 2015, como a realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, 5ª Marcha das Margaridas, 4º Festival da Juventude Rural, 20º Grito da Terra Brasil e Política de Formação da Enfoc.

Num contexto político e econômico adverso aos direitos sociais e às conquistas sociais recentes, a 15ª CNS entrou para a história como uma das mais participativas e populares desde a 8ª CNS, que marcou a criação do SUS, numa luta contra-hegemônica em relação às forças conservadoras e retrógradas que disputam o poder e a governança do país. Dessa forma, questionamos e desestabilizamos a cultura dominante oriunda da sociedade agrária, possibilitamos a construção de um Estado democrático e de direito, condições inalienáveis para consolidar o SUS no campo brasileiro.

A experiência do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC)

O MMC tem como principais bandeiras de luta: a saúde e o fortalecimento da agricultura camponesa, a alimentação saudável sem uso de agrotóxicos e de transgênicos, além das questões de gênero, reafirmando o caráter feminista do movimento para melhor explicitar a motivação da parceria MMC e MS.

Participaram dessa etapa do processo de formação, 646 mulheres camponesas

em 20 estados em que o movimento está organizado.

- Norte – AC, AM, AP, PA, RO, RR e TO.
- Nordeste – AL, BA, MA, PE, RN e SE.
- Centro-Oeste – GO e MS.
- Sudeste – ES e MG.
- Sul – PR, SC e RS.

Os cursos foram realizados em assentamentos e em comunidades rurais, em geral em locais de difícil acesso, com o intuito de incentivar a participação das mulheres no processo de formação, além de valorizar os espaços territoriais para vivenciar a formação considerando as realidades e as especificidades loco-regionais, o cotidiano, o modo de vida das camponesas e as suas atividades laborais como parte do processo formativo.

A metodologia utilizada no processo de formação foi a da educação popular de Paulo Freire (1996) cujos princípios valorizam a formação coletiva a partir do conhecimento sobre as diferentes realidades locais, buscando desenvolver o pensamento crítico por meio do diálogo, da amorosidade e do compartilhamento dos saberes populares e tradicionais da cultura camponesa.

Foram problematizadas três questões geradoras: i) gestão participativa e controle social do SUS; ii) promoção da saúde pela produção de alimentos saudáveis, livres de agrotóxicos, reafirmando o Projeto de Agricultura Camponesa Agroecológico, e de ações de enfrentamento aos problemas de saúde decorrentes do uso intensivo de agrotóxicos; e iii) o uso das plantas medicinais, valorizando as práticas e o saber popular tradicional em saúde.

Desenvolvimento

Os cursos abordaram temas relacionados ao direito à saúde, à participação e controle social das políticas de saúde, à valorização das práticas de promoção e atenção da saúde, e ao uso e manejo sustentável da terra, questões relacionadas ao acesso às políticas de saúde, em cada território, e às dificuldades de participação nas gestões locais.

O exercício da participação social nas políticas de saúde, direito garantido desde dezembro de 1990, pela Lei nº 8.142, depende da mobilização da comunidade na ocupação dos espaços institucionalizados de controle social. Essa intervenção, entretanto, precisa ser qualificada para que seus representantes não se

tornem um apêndice dos poderes públicos ou dos prestadores privados, que no interior do país, muitas vezes, exercem o monopólio na prestação de serviços de saúde em seus municípios.

A intervenção precisa ser compreendida e assumida pelos movimentos sociais em contraposição às práticas conservadoras que permeiam os espaços de controle social, pois podem comprometer o papel dos conselhos de ser propositivo e fiscalizador das políticas públicas e dos interesses da coletividade, em detrimento dos interesses privados e da minoria. O clientelismo, o patrimonialismo, o mandonismo – práticas conservadoras que estruturam as relações de poder entre Estado e sociedade –, ainda não foram superados da cultura política brasileira, mesmo após 30 anos de democracia. Nas cidades menores – em que a rede pública em geral é menos estruturada – as relações público-privado no SUS tendem a ser ainda mais imbricadas, pois o poder público depende sobremaneira dos prestadores de serviços, que monopolizam o mercado da saúde.

No Acre (Bujari) e no Amapá (Pedra Branca do Amapari), as representações do MMC participavam ativamente de seus conselhos municipais de saúde, intervindo nas questões consideradas importantes para as camponesas.

No Amazonas, no Pará e na maior parte das representações da Região Nordeste, há muita dificuldade na participação direta das mulheres camponesas. As dificuldades de acesso à informação, a captura pelos poderes públicos locais dos espaços de representação formal – conselhos municipais de saúde – e a localização das comunidades em locais mais isolados e distantes dos municípios, nos quais estão localizados os serviços e os equipamentos de saúde, dificultam o acesso a assistência à saúde e à representação das mulheres camponesas nos espaços do controle social.

O projeto de agroecologia do MMC é uma proposta de intervenção em que a promoção da saúde se dá pela produção de alimentos e se contrapõe ao modelo agrário agroexportador hegemônico em que predomina o incentivo ao agronegócio para suprir as necessidades de produção em grande escala para exportação. Tal modelo privilegia os grandes produtores, que se utilizam de agentes químicos e sementes transgênicas para aumentar a produtividade de suas grandes empresas do agronegócio, em detrimento da saúde das trabalhadoras e trabalhadores e dos consumidores de seus produtos. O MMC considera que a luta pelo fortalecimento da agricultura camponesa agroecológica é parte integrante da promoção da saúde, e não pode ser dissociada do SUS.

O projeto agroecológico do MMC busca a preservação e a disseminação das sementes crioulas como um princípio da soberania alimentar e de garantia da preservação do patrimônio genético, da diversidade das espécies e dos conhecimentos da população camponesa.

Outra proposta de intervenção das mulheres do MMC é o cuidado com a saúde por meio das plantas medicinais, valorizando as práticas tradicionais, passadas de geração em geração, e os saberes populares. Em suas comunidades, elas desenvolvem a produção de xaropes, garrafadas, pomadas, chás, por meio da utilização de plantas. Como exemplo, podemos citar as camponesas do MMC de Chapecó (SC), que possuem um trabalho mais desenvolvido com as plantas medicinais utilizadas no âmbito da comunidade, não comercializadas, com dezenas de tipos de plantas medicinais catalogadas com os nomes científicos e os populares e sua utilização.

O maior desafio enfrentado pelo MMC é o de inserir esses saberes e essas práticas no SUS, em decorrência das dificuldades nos processos de desenvolvimento de pesquisas e de industrialização no âmbito da comunidade, etapas necessárias ao processo de registro de produtos fitoterápicos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Considerações

Os cursos territoriais foram um importante instrumento para construção do saber coletivo do Movimento, valorizando a práxis nas ações de promoção da saúde, o que possibilitou o fortalecimento da participação social e as trocas de saberes sobre agroecologia e plantas medicinais. O processo de formação fortaleceu a organização do MMC na luta pelo direito à saúde, por meio da maior capacidade de intervenção sobre os espaços de participação e controle social do SUS em suas localidades, inserindo as necessidades de atenção à saúde das populações do campo, da floresta e das águas no contexto de implementação das políticas públicas de saúde.

Outro aspecto foi a criação de um espaço de trocas sobre as práticas agroecológicas, como o uso e manejo da terra, a utilização e preservação das sementes crioulas, e sobre produção com o uso de plantas, de fitoterápicos, xaropes, pomadas, sabões e outros produtos. As práticas agroecológicas e a alimentação saudável são consideradas pelo MMC como pilares da promoção da saúde, tanto pelos impactos diretos da utilização de agrotóxicos sobre as trabalhadoras e os trabalhadores do campo, por meio da

contaminação, quanto pelo consumo de alimentos com agrotóxicos, ambos os fatores impactando negativamente sobre a saúde.

A experiência do MST

No presente texto, serão compartilhadas as reflexões desenvolvidas no processo de Sistematização de Experiências de Formação do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).

Para a realização da pesquisa, foram escolhidas três experiências de formação profissional em saúde, representativas dos esforços envidados para articular o aprendizado técnico científico com a formação política e educação popular:

1. Curso de Técnico em Saúde Comunitária de Veranópolis (RS), com duas turmas ocorridas entre 2004 e 2009.
2. Curso de Técnico em Saúde Comunitária da UFMA, realizado de 2006 a 2009.
3. Curso de Práticas Alternativas e tradicionais em saúde para moradores das áreas da reforma agrária do estado do Rio de Janeiro, ocorrido de 2006 a 2007.

Pela sistematização dessas experiências, busca-se contribuir para a discussão sobre educação popular em saúde no Brasil, por meio de três estratégicas específicas: a) produzir um inventário histórico e documental dos cursos de educação profissional promovidos pelo MST; b) apresentar uma reflexão teórica sobre as dimensões filosóficas, políticas e metodológicas da articulação entre Luta pela Terra, Educação do Campo[14] e Reforma Sanitária, no caso brasileiro; e c) contribuir para o debate sobre o papel da formação profissional no processo de consolidação do SUS, no âmbito da Política Nacional de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA).

Ao final do processo de sistematização, espera-se contar com os seguintes produtos:

1. Três cadernos com a sistematização de cada um dos cursos realizados e avaliados, com informações específicas e reflexão teórica e política, que identifique, aprofunde e estabeleça a interseção entre as experiências, contribuindo para a produção

[14] Educação do Campo: conceito que ainda é desconhecido pelo setor saúde.

de novos conhecimentos e novas práticas pedagógicas sobre questão agrária, educação do campo, reforma sanitária e formação profissional para o SUS.

2. Um caderno com entrevistas e guias metodológicos sobre as principais questões identificadas nas experiências de educação profissional em saúde do MST. Este material servirá como resguardo da memória coletiva do Movimento e, ao mesmo tempo, como fomentador de novas práticas pedagógicas.

A pesquisa empreendida no presente processo de sistematização é, necessariamente, uma realização coletiva. As escolhas metodológicas e teóricas, o cronograma de atividades, a composição e o funcionamento da equipe de bolsistas foram debatidas e definidas em conjunto entre os representantes do Ministério da Saúde e da Fiocruz, as lideranças do MST e os representantes dos educandos egressos nos três cursos. Além dos procedimentos metodológicos, os debates teóricos e as possíveis conclusões estão sendo sistematicamente debatidas com o próprio Movimento, de forma a construir um coletivo que seja interdisciplinar.

Até o momento da sistematização, foram identificados dois aspectos que perpassam as três experiências e que, na percepção do MST, devem ser valorizados e incorporados em experiências de formação profissional e educação popular em saúde.

As experiências analisadas apontam para uma confluência entre educação do campo e educação politécnica[15] em saúde que merecem aprofundamentos, ainda que sejam decorrentes de processos históricos diferentes e se constituírem por fundamentos/princípios teóricos e pedagógicos diversos. Para compreender essa aproximação, faz-se necessário reconhecer as dimensões comuns que embasam a luta pela terra e a luta pelo direito à saúde no Brasil. No contexto brasileiro, a Reforma Agrária e a Reforma Sanitária são lutas contrahegemônicas travadas nas arenas conflituosas de poder, protagonizadas por movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda (sociedade política) que incorporaram caráter ideológico, político e social por objetivarem a reforma democrática do Estado e da sociedade, mesmo antes da Constituição Cidadã de 1988. Trata-se da luta por direitos fundamentais que se materializam mediante políticas públicas, de caráter social, intervindo na realidade e visando mudanças estruturais no sistema capitalista.

A saúde como dever do Estado e direito de todo cidadão. Conforme propugnado na Constituição brasileira, depende de condições objetivas para que o SUS cumpra plenamente sua missão, o que exige uma transformação radical

[15] Educação politécnica: conceito pouco conhecido para quem não é da academia.

das estruturas da sociedade brasileira. Assim, também ocorre com a estrutura fundiária do país, que para ser alterada exige a ruptura com o modelo agroexportador da agricultura brasileira (agronegócio), conforme propugnado pelos movimentos sociais da reforma agrária.

Os cursos analisados foram fortemente marcados pelas Pedagogia do Movimento e Pedagogia da Terra. Isso significa que as experiências de educação profissional em saúde do MST foram desenvolvidas a partir do pertencimento e do engajamento dos educandos nos processos de luta constitutivos do próprio movimento. Todos(as) educandos(a)s eram acampados ou assentados da reforma agrária, ou seja, sujeitos que possuem em sua própria biografia a luta pela terra. Igualmente, as práticas de campo e de estágio em saúde também eram realizadas em territórios em que a disputa pela terra estava fortemente presente.

Por outro lado, um conceito ampliado e integral de saúde, e a não alienação do trabalho na formação em saúde, são marcos indeléveis das experiências da educação politécnica em saúde no Brasil, como também fundamentais para entender a educação profissional em saúde praticada pelo MST.

Por fim, cabe destacar que essas afinidades identificadas até o momento reforçam a atual proposta que o MST apresenta à sociedade brasileira: a construção de alianças entre os setores progressistas da sociedade para se conquistar mudanças estruturais na sociedade brasileira, como é o caso da reforma agrária e da luta para construir uma sociedade socialista, igualitária e fraterna. A educação em saúde, dessa forma, passa a participar dos esforços do nosso povo de construir uma contra-hegemonia, no sentido gramsciniano, à sociedade desigual e opressora do corpo e da mente dos/as trabalhadores/as.

A experiência do Movimento de Luta pela Terra (MLT)

A meta 4 corresponde ao projeto Colher Saúde: Formando Lideranças para o Controle Social, desenvolvido pelo Movimento de Luta pela Terra (MLT). Trata-se de uma experiência de saúde coletiva que visa capacitar lideranças comunitárias dos assentamentos e acampamentos do MLT por meio de cursos territoriais de formação, com o objetivo de reduzir as vulnerabilidades em saúde e o fortalecimento da participação social das populações do campo, da floresta e das águas no SUS. O projeto também objetiva promover mecanismos de informação sobre a PNSIPCFA; estimular o desenvolvimento socioambiental dos assentamentos e acampamentos; a valorização dos saberes e práticas

tradicionais de saúde; e o fortalecimento da identidade camponesa.

O projeto se desenvolveu em dez estados da federação, contemplando as regiões Norte (PA, RO e RR); Nordeste (AL, BA, CE e SE); Centro-Oeste (GO e MT) e Sudeste (RJ), com meta inicial de formação de 300 lideranças dos assentamentos e dos acampamentos do MLT.

Os cursos territoriais de formação têm o objetivo político-pedagógico de formar lideranças comunitárias dos assentamentos e acampamentos do Movimento para atuação na luta pela saúde e no exercício da participação e controle social. Os conteúdos oportunizam a reflexão sobre o conceito de saúde integral, o desenvolvimento socioambiental dos assentamentos e os acampamentos rurais, buscando a introdução de práticas geradoras de saúde e de resgate das práticas tradicionais de cuidado.

O MLT desenvolveu os eixos de formação e a metodologia pautada nos 3S: Saúde, Solidariedade e Sustentabilidade, à luz dos princípios da educação popular. O currículo do curso foi organizado a partir de três eixos:

- Eixo 1 – Produção Sustentável (Agroecologia – produção orgânica; Soberania e Segurança Alimentar; Saúde do/a Trabalhador/a; Fitoterapia; Geração de renda; Boas práticas de produção, de armazenamento e de comercialização).
- Eixo 2 – Saneamento ecológico e habitação saudável (Permacultura – Gestão de Recursos Hídricos; Tratamento de esgoto; Lixo; Vetores; Resíduos animais).
- Eixo 3 – Integralidade das Ações/Políticas integradas na perspectiva do financiamento da saúde (Lei nº 141/2012), da participação e controle social no SUS.

O projeto adotou como estratégia pedagógica os referenciais da educação popular, no intuito de garantir uma formação humanizada, que compreende o ser humano em sua totalidade e que valoriza os saberes populares adquiridos em suas vivências cotidianas, buscando contribuir para o desenvolvimento do pensamento crítico e à tomada de consciência dos sujeitos envolvidos.

Os princípios da educação popular que subsidiaram a construção dos cursos foram:

- Todos são sujeitos do processo educativo.
- A educação é/para a vida.
- Todo conhecimento é produto da construção social.

- A realidade é o ponto de partida para a educação.
- A práxis é norteadora da ação/reflexão.
- O trabalho humanizante é o eixo norteador da construção da práxis.
- A cooperação e a solidariedade são pilares do fazer educativo e do bem viver.
- O pedagógico é político, não há neutralidade na ação educativa.
- A igualdade é condição da dignidade humana e, portanto, gênero, geração, orientação sexual, política e religiosa não afetam a dignidade ou podem ameaçar a igualdade.

Desenvolvimento

1ª Etapa – Constituiu-se de curso presencial em que foi realizado um debate local à luz da matriz pedagógica. Nesse momento da formação, os debates problematizaram as questões do global ao local e se fundamentaram nas políticas de saúde, em especial na PNSIPCFA. Essa problematização foi a base para a posterior reflexão dos camponeses e camponesas durante a dispersão em campo.

2ª Etapa – Realizada na modalidade de alternância, período que intercalou a formação presencial da formação a distância, oportunizando a reflexão dos conteúdos na prática. Nesse momento, os camponeses e as camponesas responderam a um formulário/questionário que contemplam questões debatidas na primeira etapa. Esse documento foi focado nas ações cotidianas do modo de vida no campo e nos processos produtivos. Assim, nessa etapa se configura a práxis, pois a teoria debatida na primeira etapa foi confrontada com a realidade de cada um e cada uma. Essa fase exigiu um esforço de observação, de reflexão, de anotações e de sistematização por parte dos camponeses e das camponesas.

3ª Etapa – Durante a terceira etapa, os camponeses e as camponesas se reuniram para socializar suas práticas em conjunto, pois, de acordo com Paulo Freire, "Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo" (FREIRE, 1987, p. 68). E finalizaram sistematizando as respostas dos formulários e avaliando a suas práticas familiares e comunitárias.

Os cursos de formação são desenvolvidos nos assentamentos e nos acampamentos de base do MLT, os territórios foram definidos pelo movimento durante a estruturação do projeto e buscou contemplar as populações do campo, da floresta e das águas. A estratégia de formação in loco permite ao movimento uma maior aproximação com sua base, fortalecendo as relações e favorecendo as articulações políticas dos dirigentes com os atores locais. Além, claro, de oportunizar a vivência da realidade, das suas demandas e lutas diárias nos assentamentos e nos acampamentos.

Dos cursos realizados, dez foram desenvolvidos em Projetos de Assentamento Rural instalados pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), em terras que originalmente pertenciam a único proprietário; sete cursos se desenvolveram em acampamentos rurais que estão em processo de luta pela conquista das terras; dois cursos foram realizados com as populações tradicionais das águas em reservas extrativistas marinhas do Pará, em que também foram travadas lutas para reconhecimento do território como unidade de conservação (Reserva Extrativista Marinha – Rezex); quatro cursos foram realizados em parceria com escolas, Sindicatos Rurais ou Sindicatos de Trabalhadores Rurais e órgãos públicos locais. Ao todo, dez Estados e dezenove municípios foram contemplados, totalizando vinte cursos.

A meta inicial do projeto era a formação de 300 lideranças comunitárias, porém a quantidade ultrapassou as expectativas e a meta foi superada, totalizando 588 pessoas formadas nos cursos territoriais. O fato se deu em virtude dos cursos serem feitos em assentamentos e em acampamentos rurais com grande fluxo de pessoas, o que motivou a participação daqueles e daquelas que não tinham sido mobilizados anteriormente.

Considerações

Diante dos resultados apresentados dos cursos territoriais foi possível identificar aspectos positivos do processo. A educação popular promoveu horizontalidade no processo formativo e possibilitou que o curso se desenvolvesse de maneira bastante participativa. De acordo com a dinâmica de cada território, ocorreram diferentes estratégias de abordagem dos conteúdos. Isso foi possível pelo fato de os facilitadores pertencerem ao local de desenvolvimento dos cursos, o que fez toda a diferença também no entrosamento da equipe. A atuação in loco foi outro fator positivo da experiência que permitiu que o curso se desenvolvesse de forma contextualizada com a realidade.

No que se refere à aplicação dos conteúdos, foi possível identificar que houve o entendimento da concepção ampliada de saúde, bem como a afirmação das práticas populares de cuidado e o fortalecimento da identidade camponesa, reforçada na fala das lideranças ao refletirem sobre sua vida no campo. Com relação à inserção das lideranças no controle social da saúde, identificamos que esse processo formativo serviu para uma primeira sensibilização da importância da luta pela saúde, mas não efetivamente para a inserção nos espaços institucionais, o que aponta a necessidade de continuidade da formação. Identificamos também

como resultado positivo a inclusão da pauta da saúde na agenda política do MLT.

Considerações gerais

Em um cenário de contradições e de disputas políticas, a luta pelo direito à saúde pública de qualidade é reafirmada como bandeira histórica dos movimentos populares. No campo institucional, na última década, vem sendo engendrados processos participativos no âmbito do Ministério da Saúde, sobre coordenação da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, para que o SUS avance como processo civilizatório e contribua para diminuir as desigualdades sociais.

A politização e a qualificação do SUS são necessidades permanentes exigindo, assim, processos formativos para contribuir com a luta pelo direito à saúde e ao avanço na materialização do princípio da equidade e da democratização da qualidade de vida. Esse projeto, com suas distintas estratégias, aprofunda e dissemina ações e reflexões que qualificam a luta da população do campo, da floresta e das águas pela saúde.

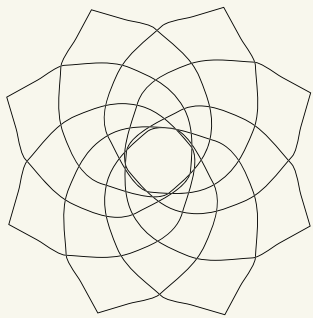
No campo institucional para a Direb-Fiocruz, há muitos desafios na operacionalização do projeto, por se tratar de formação em espaços não formais e por ser executado em parceria com movimentos populares.

No entanto, essa aproximação com os movimentos visibiliza o sentido transformador do projeto na perspectiva da construção participativa do SUS.

As práticas de formação popular possibilitam, desse modo, a materialização das articulações intra e intersetorialidade e a aproximação entre usuários, gestores e trabalhadores nos territórios a partir de necessidades e de demandas das populações do campo, da floresta e das águas.

A educação popular, a luta pela saúde e a participação social são linhas comuns aos movimentos que desenvolvem as quatro metas deste projeto.

Os processos formativos são fundamentados na estratégia pedagógica problematizadora de formação para ação, resultando em possibilidades de transformações da realidade dos territórios e considerando os modos de desenvolvimento em disputa.

A principal reflexão, a partir da execução do projeto, é a de que os processos formativos e os espaços de gestão participativa provocam a interação e fortalecem a resistência para defesa do Estado democrático, do direito à saúde, contribuindo para a reforma agrária e ao desenvolvimento sustentável ao campo, à floresta e às águas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRĀFICAS

ABRAMOVAY, R. Agricultura familiar e desenvolvimento territorial. Reforma Agrária – *Revista da Associação Brasileira de Reforma Agrária*, vols. 28 nºs 1,2 3 e 29, nº1.Jan/dez 1998 e jan/ago 1999.

ACSELRAD, H. (Org.) *As práticas espaciais e o campo dos conflitos ambientais*. In: _______. Conflitos Ambientais no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004. 294p. p.13-35.

AHLBOM, J.; FREDRIKSSON, A.; ERIKSSON, P. Exposure to an organophosphate (DFP) during a defined period in neonatal life induces permanent changes in brain muscarinic receptors and behavior in adult mice. *Brain Res*, v. 677, p. 13-19, 1995.

ALBUQUERQUE; P. C. C.; GURGEL, I. G. D.; GURGEL, A. M.; AUGUSTO, L. G. S.; SIQUEIRA, M. T. Sistemas de informação em saúde e as intoxicações por agrotóxicos em Pernambuco. *RevBrasEpidemiol*, v. 118, n. 3, p. 666-678, Jul-Set 2015.

ALLEGRETTI, M. H. *A construção social de políticas ambientais: Chico Mendes e o movimento dos seringueiros*. Tese (Doutorado) – Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília, 2002.

ALMEIDA FILHO, N. *O que é saúde?*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ALMEIDA, S.G.; PETERSEN, P.; CORDEIRO. *A Crise socioambiental e conversão ecológica da agricultura brasileira: subsídios à formulação de diretrizes ambientais para o desenvolvimento agrícola*. Rio de Janeiro: AS-PTA, 2001.

ALMEIDA, J.C.. *A Disputa Territorial entre Agronegócio x Campesinato no Assentamento Santa Rita de Cássia II em Nova Santa Rita – RS*. Presidente Prudente/SP, 2011. Monografia de conclusão da graduação em Geografia.

ALMEIDA, J.; STORNINI, G..*Texto da mística de inauguração da Estratégia de Saúde Marisa* Lourenço da Silva. Nova Santa Rita: Mimeo, 2015.

ALMEIDA, V. E.S.; CARNEIRO; F. F.; VILELA, N. J. Agrotóxicos em hortaliças: segurança alimentar, riscos socioambientais e políticas públicas para promoção da saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 3, n. 4, p. 84-99, 2009.

ALTIERE, M..*Agroecologia*: bases científicas para uma agricultura sustentável. Guaíba: Agro-

pecuária, 2002.

ÁLVARES, M. L. P.et al.. Qualidade para consumo humano na Cidade do Salvador, Bahia. In: *Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental*, 23., 2005, Campo Grande. Anais. Rio de Janeiro: ABES, 2005. 1 CD-ROM.

ANDRADE, P. A.; NAGY, M. R. *Saúde e qualidade de vida no campo*: a luta dos (as) trabalhadores (as) da Contag e dos (as) participantes do MST. 2004. 82 f.Monografia. (Especialização em Saúde Coletiva – Educação em Saúde). Faculdade Ciências da Saúde, Unb, Brasília.

AQUINO, R et al. Estratégia saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. cap. 25, p. 353-371.

ARAÚJO, T. B. *O Brasil rural contemporâneo*: reafirmando a importância e a diversidade. VIII Fórum Internacional de Desenvolvimento Territorial. 2013. Disponível em: <http://iica-forumdrs.org.br/iica2011/adm/arquivosup/942c429efaa90586fb09dbce4181e9b9Tania%20Bacelar%20-%20VIII%20F%C3%B3rum.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2013.

________. *O Brasil rural contemporâneo*: reafirmação da importância e a diversidade. Disponível em: <http://www.iicabr.iica.org.br/wp-content/uploads/2014/11/T%C3%A2nia-Bacelar.pdf>. Acesso em: 13 de nov. 2015.

ARBEX, M. A., BOHM, G.M. SALDIVA, P.H. Conceição G. Assessment of the effects of sugar cane plantation burning on daily counts of inhalation therapy. J Air WasteManagAssoc, v.50, n.10, 2000, p.1745-9.

AROUCA, S. *Dr. Democracia*. Rio de Janeiro: O PASQUIM 21, 27 ago. 2002.Disponível em: <ilus.http://bvsarouca.cict.Fiocruz.br/lildbi/docsonline/5/7/275-Sergio_arouca_entrevistao.doc> Acesso em: 10 out 2007.

ARTICULAÇÃO NACIONAL DE AGROECOLOGIA. III Encontro Nacional de Agroecologia. *Carta Política do III Encontro Nacional de Agroecologia*. Articulação Nacional de Agroecologia (Org.). Rio de Janeiro, 2014.

ARTICULAÇÃO POPULAR, *Agrovale*: impactos na vida da comunidade Jardim Primavera, em Juazeiro-BA. Disponível em: <http://saofranciscovivo.org.br/site/agrovale-impactos-na-vida-da-comunidade-jardim-primavera-em-juazeiro-ba/>. Acesso em: 6 out. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CRIADORES DE CAMARÃO (ABCC). Projeto executivo para apoio político ao desenvolvimento do camarão marinho cultivado. Recife, 2004. Disponível em: <http://www.mcraquacultura.com.br/arquivos/Projeto Executivo Apoio Político Camarão Marinho Marco 04.pdf>. Acesso em: 11 set. 2004.

_______. Projeto executivo para apoio político ao desenvolvimento do camarão marinho cultivado. Recife, 2005. Disponível em: <www.mcraquacultura.com,.br/arquivos/projeto/Marco04.pdf>. Acesso em: 12 set. 2005.

AUGUSTO, L. G. S. [Um país infestado por Agrotóxicos]. *Le Monde Diplomatique*, julho de 2011.

________. et al.. Saúde, ambiente e sustentabilidade. Parte II. In: Carneiro, F.F. et al. *(org.). *Dossiê Abrasco*. Ed. Expressão Popular; Escola politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2015. pp 93-191.

AUGUSTO, L. G. S.; FREITAS, C. M.O Princípio da Precaução no uso de indicadores de riscos químicos ambientais em saúde do trabalhador. *Ciênc. Saúde Coletiva*[online]. 1998, v. 3, n. 2, pp. 85-95.

BACELLAR, T. As políticas públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios. In: SANTOS JUNIOR, O. A. et al.. (organizadores). *Políticas Públicas e Gestão Local*: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais. Rio de Janeiro: FASE, 2003.

BAHIA. Centro de Recursos Ambientais. *Consórcio BTS Hydros – complementação do diagnóstico do grau de contaminação da baía de Todos os Santos por metais pesados e hidrocarbonetos de petróleo*: relato síntese, Salvador: CRA, 2005.

BAHIA. *Plano Municipal de Saneamento Básico: 1ª etapa diagnóstica da situação do saneamento básico em Salvador serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário*. Salvador, 2010.

BARBOSA, S. R.da C. S. Qualidade de vida e ambiente: uma temática em construção. In: BARBOSA, S. R.da C. S. (org.). A temática ambiental e a pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAM. Campinas: UNICAMP, NEPAM, 1998.

BAPTISTA, T. W. de F.; MATTOS, R. A. Sobre políticas (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In.: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. de F. (org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: ENSP, 2011.

BARROS, E. R. et al. *Desenvolvimento local e Associações de pequenos agricultores, o caso de Massaroca*, Juazeiro – BA. 1999.Documento da EMBARAPA. Disponível em https: <//www.embrapa.br/busca-de-publicacoes/-/publicacao/133943/desenvolvimento-local-e-associacoes-de-pequenos-agricultores---o-caso-de-massaroca-juazeiro-ba>. Acesso em: 5 out. 2015.

BARROS, E. S.; COSTA, E. F.; SAMPAIO, Y. Análise de eficiência das empresas agrícolas do polo Petrolina/Juazeiro utilizando a fronteira paramétrica Translog. *Rev. Econ. Sociol. Rural*, v.42, n.4, Brasília, Oct./Dec.2004.

BARRETO C. A. RIBEIRO H. *Agricultura e meio Ambiente em Rio Verde (GO)*. São Paulo: INTERFACEHS, 2008.

BATISTA, P.I.S.; TUPINAMBÁ, S.V. *A carcinicultura no Brasil e na América Latina: o agronegócio do camarão*. Disponível em: http://www.fase.org.br/projetos/clientes/noar/noar/UserFiles/20/File/Outras%20publicacoes/carcinicultura.pdf. Acesso em: 9 dez. 2011.

BECHARA, E. *Minidicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2009.

BEDOR, C. N. G. *Estudo do potencial carcinogênico dos agrotóxicos empregados na fruticultura e sua implicação para a vigilância da saúde*. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Recife, 2008.

________. et al..Vulnerabilidades e situações de riscos relacionados ao uso de agrotóxicos na fruticultura irrigada. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 12, p. 39-49, 2009.

BERMANN, C.. *Energia para quê e para quem no Brasil*. Livre-Docente do Instituto de Eletrotécnica e Energia da USP Equipe de pesquisadores do, IEE/USP: Marcela DadautoLestinguiLuis Marcelo Moreno Ricardo Savoia WorkshopHeinrichBöll Foundation Brasil Page 2. Distribuição do consumo de eletricidade no Brasil – 2007.

BENINCÁ, D.. *Energia & cidadania*: a luta dos atingidos por barragens. São Paulo: Cortez, 20011.

BOCHNER, R. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas SINITOX e as intoxicações humanas por agrotóxicos no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 73-89, Mar. 2007 .Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100012&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Feb. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000100012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde*. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Senado; 1990.

________. Ministério da Saúde. *Portaria no 2460 de 12 de dezembro de 2005*. Dispõe sobre a criação do Grupo da Terra. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html > . Acesso em: 26 out. 2006.

________. Ministério da Saúde. *Portaria 2.607 de 10 de dezembro de 2004*. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html > . Acesso em: 25 out. 2006.

________. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2015*. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

________. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_________. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Plano plurianual 2012-2015*: projeto de lei. Brasília, MP, 2011.

_________. Ministério da Saúde. *Relatório Final 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*. Brasília/DF, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Aline%20 Gurgel/Desktop/Relatorio_4cnstt_final_31072015.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

________. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. 13 a, 2008. Relatório eletrônico. Disponível em :< http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf>. Acesso em: 29 de novembro de 2016.

_________. *Mais Médicos para o Brasil, mais saúde para você*. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=11675&codModuloArea=1055&chamada=sobre-o-mais-medicos>. Acesso em: 19. Ago. 2013b.

_________. *Plano Brasil sem Miséria*. Gestão e Acompanhamento. Disponível em: <http://www.brasilsemmiseria.gov.br/gestao-e-acompanhamento>. Acesso em: 22. Ago. 2013c.

_________. Ministério da Saúde. Saúde da Família. *Portaria Nº 2.355, de 10 de Outubro de 2013*.

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355_10_10_2013.html> Acesso em 11 out. de 2015. 2013d.

________. *Plano Nacional de Saneamento Ambiental (PLANSAB)* – subsídios para a definição do Projeto Estratégico de Elaboração do PLANSAB. Brasília: Ministério das Cidades, 2008.

________. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:* uma política para o SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

________. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p.

________. *Contrato Organizativo de Ação Pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

________. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. *Programa Brasil Quilombola*: diagnóstico de ações realizadas – julho de 2012. Brasília: 2012.

_______. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Decreto Nº 4.886, de 20 de Novembro de 2003. *Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4886.htm . Acesso em: 10 mar 2014

________. Estatuto da terra. *LEI Nº 4.504, DE 30 DE NOVEMBRO DE 1964*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4504.htm>. Acesso em: 2fev. 2017.

__________. Sistema Tributário Nacional. *LEI Nº 5.172, DE 25 DE OUTUBRO DE 1966*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5172.htm>. Acesso em: 2fev. 2017.

__________. Registros públicos. *LEI Nº 6.015, DE 31 DE DEZEMBRO DE 1973*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6015original.htm>. Acesso em: 2fev. 2017.

__________. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

__________. Estatuto da Criança e do Adolescente. *LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990.Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.1990a.* Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htmhttp://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 31 jul. 2015.

__________. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília, DF: Senado; 1990b.

__________. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diagnostico de saúde e nutrição da população do campo*: levantamento de dados e proposta de Ação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 34 p.

__________.Ministério da Saúde. *Declaração de óbito*: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 40 p.il.

__________. *LEI Nº 12.662, DE 5 DE JUNHO DE 2012*. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12662.htm>. Acesso em: 2 fev. 2017.

__________. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Políticas de promoção da equidade em saúde.* 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a 14 p.

__________. Secretaria de Vigilância e Saúde. *Sistema de Informação de Mortalidade.* Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade>. 2015a. Acesso em: 31 jul. 2015.

__________. Datasus. Disponível em: <http://www2.Datasus. gov.br/Datasus/index.php?area=01>. 2015b. Acesso em: 6 set 2015.

__________. *LEI Nº 12.662, DE 5 DE JUNHO DE 2012. Disponível em:* <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12662.htm>. Acesso em: 02 fev. 2017.

_________. *Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.* Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 15 out. 2005.

________. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Enfrentando a violência contra a mulher*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

________. *Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.* Lei Maria da Penha. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 15 out. 2015.

________. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – Manual de bolso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

________. Ministério da Saúde. *Temático Prevenção de violência e cultura de paz II.* Brasília: Organização Pan-America de Saúde, 2008.

________. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias*: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_______. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.264 de 06 de junho de 2014.* Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

________. Previdência Social. *Aposentadoria especial para trabalhador rural está assegurada com novas regras*. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2015/11/aposentadoria-especial-para-trabalhador-rural-esta-assegurada-com-novas-regras>. 2015a. Acesso em: 15 fev. 2016.

________. Ministério da Saúde. *INCA estima que haverá 596.070 novos casos de câncer em 2016.* Disponível em:.<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21003-inca-estima-que-havera-596-070-novos-casos-de-cancer-em-2016>. Acesso em: 27 de nov de 2015.

________. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília. Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 13 novembro 2015.

________. *Lei nº 12.871, de 22 de outubrode 2013.* Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras

providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 13 de nov. 2015.

________. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Políticos. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 1988.

________. *Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990.* Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

________. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS*: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p.

________. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Para entender o controle social na saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 178 p.

________. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.

________. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. PNPIC*: atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

________. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília (DF): Senado, 1988.

________. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.* Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>. Acesso em: 22 out. 2015.

________. *Decreto Nº 7.794, de 20 de agosto de 2012.* Institui a Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/decreto/d7794.htm>. Acesso em: 21 out. 2015.

________. Ministério da Saúde (MS). *Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab)*: indicadores 2010. Disponível em: <http://tabnet.Datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SiabCPA.def>. Acesso em: 16 out. 2015

________. Ministério do Meio Ambiente. *Portaria n 349, de 11 de dezembro de 2006* que cria o Mosaico da Bocaina. 2006.

________. Ministério da Saúde. *Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007.* Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm. Acesso em outubro de 2016.

________. CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. *Os Impactos dos Agrotóxicos na Segurança Alimentar e Nutricional*: Contribuições do Consea. Set. 2012.

_________. Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, 1988. Brasília, Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/

ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 11 jan. 2015.

________. Decreto nº 98.816, de 11 de janeiro de 1990. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, 1990. Brasília, Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D98816.htm>. Acesso em: 11 jan. 2015.

________. Decreto no 4.074, de 04 de janeiro de 2002. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, 2002a. Brasília, Brasil. Disponível em: <http://sistemasweb.agricultura.gov.br/sislegis/action/detalhaAto.do>. Acesso em: 11 jan. 2015.

________. Lei no 7.802, de 11 de julho de 1989. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, 1989. Lei, Brasília, Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7802.htm>. Acesso em: 11 jan. 2015.

________. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. Departamento de Proteção ao Patrimônio Cultural Afro-Brasileiro. *Certidão de autodefinição*. Brasília/DF, 5 de dezembro de 2014.

________. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Políticas de promoção da equidade em saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_______, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº 2761 de 19 de novembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html, acesso em: 22 out. 2015.

BENBROOK, C. M. Impacts of genetically engineered crops on pesticide use in the U.S. – the first sixteen years. *Environmental SciencesEurope*, 2012, v. 24, n. 24, p. 1-13. Disponível em: <http://www.enveurope.com/content/24/1/24>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BJØRLING-POULSEN, M.; ANDERSEN, H. R.; GRANDJEAN, P. Potential developmental neurotoxicity of pesticides used in Europe. *Environmental Health*, v. 7, 2008.

BOAS, F.. Os Objetivos da Pesquisa Antropológica. In: CASTRO, C. (Org.). *Antropologia Cultural.* Rio de Janeiro: Zahar, 2004. pp. 87-109.

BOCHNER, R. Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas CEATOX e as intoxicações humanas por agrotóxicos no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva,* v. 12, n. 1, p. 73-89, 2007.

BOURDIEU, P. *Razões práticas*: sobre a teoria da ação. Campinas, 8. ed. São Paulo: Papirus, 2007, pp. 35-52.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. *Cad. Saúde Pública*, v. 12, n. 2, p. 267-0, 1996.

BREILH, J. *Fundamentos teórico-metodológicos para sustentar uma matriz para um modelo de investigação agraria*. Quito. Ponencia a laAsambleadel SIPAE, 2004.

________. et al.*Deterioro de la Vida/Un Instrumento para Analises de Prioridades Regional es em lo Social y laSalud*. Quito: Corporación Editora Nacional, Biblioteca de Ciências Sociales, 1990. v.28.

BREILH, J.; GRANDA, E. *Investigação da Saúde na Sociedade/Guia Pedagógico sobre um Novo Enfoque do Método Epidemiológico*. São Paulo: IS/Abrasco, 1986.

BRINGEL, B.; VARELLA, R. V. S. Pesquisa militante e produção de conhecimentos: o enquadramento de uma perspectiva. 2014. Disponível em: <http//: netsal.iesp.uerj.br/images/diversos/Texto-base.pdf>. Acesso em: 12 maio 2014.

________. *Pesquisa militante e produção de conhecimentos*: o enquadramento de uma perspectiva. 2014. Disponível em: <http://netsal.iesp.uerj.br/images/diversos/Texto-base.pdf.> Acesso em: 4 out. 2015.

BURIGO, A. et al. A crise do paradigma do agronegócio e as lutas pela agroecologia. Parte IV. In: Carneiro, F.F. et al. (Org.). *Dossiê Abrasco.* Ed. Expressão Popular; Escola politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p. 417-547., 2015.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - CNES. Disponível em: <http://cnes.Datasus.gov.br>. Acesso em: 20 set. 2016.

CALAÇA, M.;INOCÊNCIO, M. E. Cerrado: Fronteira da Produção Agrícola Capitalista do Século XX. Disponível em: <http://www.geografia.fflch.usp.br/inferior/laboratorios/agraria/Anais%20XIXENGA/artigos/Inocencio_ME.pdf>. Acesso em: 21 outubro de 2015.

CALDAS, E. D.; SOUZA, L. C. K. R. Avaliação de risco crônico da ingestão de resíduos de pesticidas na dieta brasileira. *Revista de Saúde Pública*. Outubro de 2000.

CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Org). *Programa Bolsa Família*: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: Ipea, 2013. 494 p.

CANCIO, J.A. *Inserção das questões de saúde no estudo do impacto ambiental*. Dissertação (mestrado). Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2008.

CANÇADO, J. E. D. A poluição atmosférica e sua relação com a saúde humana na região canavieira de Piracicaba – SP. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina. Departamento de Patologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003: 201f.

CARSON, R. *Primavera silenciosa.* São Paulo: Melhoramentos, 1962.

CARNEIRO, F. F. A saúde no campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de "boias frias" em Unaí, Minas Gerais, 2005. 2007. 143 p.Tese (Doutorado em Ciência Animal) – UniversidadeFederal de Minas Gerais, Escola de Veterinária. 2007.

________.et al.Teias de um Observatório para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 2014. Disponível em: <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1524>. Acesso em: 21 outubro de 2015.

CARNEIRO, F. F. et al. *Dossiê ABRASCO* – Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Parte 1 - Agrotóxicos, Segurança Alimentar e Nutricional e Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012.

________. et al. (Orgs.). *Dossiê ABRASCO*: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

CARNEIRO, F. F.; ALMEIDA, V. E. S. de. Os riscos socioambientais no contexto da modernização conservadora da agricultura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 15-24, 2007.

CARTILHA ÁGUAS SEM BARRAGENS. *Campanha Interestadual contra a implantação na Bacia Araguaia.* Tocantins, São Luís, 2003.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - CNES. Disponível em: <http://tabnet. Datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencCE.def >. Acesso em: 20 set. 2015.

CALDART, R.S.. *Pedagogia do Movimento Sem Terra*: escola é mais do que escola. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al..(Org.). *A Pesquisa Qualitativa*: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

COHN, A. *O SUS e o direito à saúde:* universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 385-405.

CIAPO – Câmara Interministerial de Agroecologia e Produção Orgânica. *Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica – PLANAPO.* Ministério do Desenvolvimento Agrário. 2013.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.* Brasília: 2008. 216p.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. *Formas de violência*. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/lei-maria-da-penha/formas-de-violencia>. Acesso em: 15 set. 2015.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA AGRICULTURA - Contag. *Marcha das Margaridas 2015*. Disponível em: <http://www.Contag.org.br/sistemas/doacao/public/pdf/projeto_captacao_recursos_marcha_2015.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

COSTA, L.D.. *Atingidos por barragens*: "retrocesso extraordinário na política direito", Notícia de jornal Brasil de Fato, São Paulo, 2013.

COSTA, L. G. Currentissues in organophosphatetoxicology. *ClinicaChimica Acta,* v. 366, p. 1-13, 2006.

COSTA, F. L. F.; ROHLFS, D. B. *Resíduos de agrotóxicos em alimentos*: implicações para a saúde pública e meio ambiente. Goiás, 2010. Disponível em: <http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/V%20MOSTRA%20DE%20PRODUO%20CIENTIFICA/SAUDE/52.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2015.

COORDENAÇÃO do MAB, CDHPF. *Direitos humanos desde Passo Fundo*. Passo Fundo: CDHPF, 2002.

COUTINHO, D.; ALENCAR, H. F. O paradigma ecológico: três grandes vertentes para pensar a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade na saúde. *Diálogos Possíveis (FSBA)*, v. 11, p. 9-26, 2012.

CORREIA, R. C.; ARAÚJO, J. L. P.; CAVALCANTI, E. B. A fruticultura como vetor de desenvolvimento: o caso dos municípios de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA). In: Congresso Brasileiro de

Economia e Sociologia Rural, 38. 2000, Brasília, DF. *Anais*...: Brasília: SOBER, 2000.

CRUZ, G. V. *O quadro da contaminação de frutas, legumes e verduras (FLVs) com resíduos de agrotóxicos no Brasil e as oportunidades emergentes*. Dissertação (Mestrado em Agronegócios). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

DANTAS, A. C. F. Base Jurídica para a Proteção dos Conhecimentos Tradicionais. *Revista CPC*, São Paulo, v.1, n. 2, p.80-95, maio/out. 2006.

DELGADO, G. C.; CARDOSO JR, J. C. (Org). *A universalização de direitos sociais no Brasil*: a previdência rural nos anos 90. 2 ed.Brasília: Ipea, 2002. 242p.

DIEGUES. A. C. *El Mito moderno de la naturaleza intocada*. São Paulo: NUPAUB-USP, 2005. Edición revisada. 104 p.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1341-1351, maio 2013.

DUARTE, G. Sífilis e gravidez. E a história continua. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 34, n. 2, p. 49-51, 2012.

ENA. III Encontro Nacional de Agroecologia. *Carta Política do III Encontro Nacional de Agroecologia.* Realização Articulação Nacional de Agroecologia. Rio de Janeiro, 2014.

ESCUDERO, S..*Urbanização (In) sustentável em Ilha de Maré*: estudo de caso da vila de Santana. Monografia (Especialização), UCSAL, Salvador, Bahia, 2010. 85f.

ESKENAZI, B.; BRADMAN, A.; CASTORINA, R. Exposures of children to organophosphate pesticides and their potential adverse health effects. *Environmental Health Perspectives*, v. 107, s. 3, p. 409-419, 1999.

EUROPEAN FOOD SAFETY AUTHORITY. Application of systematic review methodology to food and feed safety assessments to support decision-making. *EFSA Journal*, v. 8, n. 6, p. 1637. Parma, Itália, 2010.

FABRÍCIA, F. P.. *Resenha do livro gênero, patriarcado, violência, de Heleieth*. Publicação do Programa de Pós-Graduação em História PPG-HIS/UnB, n.10, Brasília, 2006.

FARIA, N. M. X.; FASSA, A. G.; FACCHINI, L. A. Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 25-38, 2007.

FRIEDRICH, K. Desafios para a avaliação toxicológica de agrotóxicos no Brasil: desregulação endócrina e imunotoxicidade. *Vigilância Sanitária em Debate*, v. 1, n. 2, p. 2-15, 2013.

FERREIRA, B.A.. *As mulheres a violência sexual nos grandes projetos de infraestruturas.* Palmas (TO), 2007.

FEITOSA, A. I. R.; PENA, P. G. L. Acidentes do trabalho nas atividades de pesca artesanal de mariscos. In: PENA, P. G. L.; MARTINS, V. L. A. (Org.). *Sofrimento negligenciado*: doenças do trabalho em marisqueiras e pescadores artesanais.. Salvador: EDUFBA, 2014, p. 133-156.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS – FAO. *Rural poverty in Brazil.* Disponível em: <www.ruralpovertyportal.org/country/home/tags/brazil> Acesso em 22 de set 2013.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FROEHLICH, J. M.; RAUBER, C. C.; CARPES, R. H.; TOEBE, M. Êxodo seletivo, masculinização e envelhecimento da população rural na região central do RS. *Ciência Rural*, v. 41, n. 9, p. 1674-1680, 2011.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. *A Pólitica social brasileira 1930-1964*: a evolução institucional no Brasil e no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 1983. 331 p.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS – FGV. *Panorama de Decomposição da Renda em Diferentes Fontes – PNAD 1992 – 2009*. Disponível em: <http://www.cps.fgv.br/cps/campo/>. Acesso em: 06 fev. 2014

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – Funasa. Ministério da Saúde. *Saneamento rural.* Disponível em: <http://www.Funasa.gov.br/site/engenharia-de-saude-publica-2/saneamento-rural/>. Acesso em: 11. Out. 2015.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A CRIANÇA – UNICEF. *Estatuto da Criança e do adolescente - ECA 25*: Avanços e desafios para infância e a adolescência no Brasil. 2015. 40 p. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/ECA25anosUNICEF.pdf>. Acesso em 21 ago. 2015.

FURTADO, C. *Arquivos Celso Furtado nº 5*: Ensaios sobre cultura e o Ministério da Cultura. Centro Celso Furtado. Rio de Janeiro: Ed. Contraponto, 2012.

FREITAS, H. R. et al. Análise da transição agroecológica a partir da experiência da horta orgânica comunitária do assentamento Mandacaru, Petrolina-PE, semiárido brasileiro. *Revista de extensão da UNIVASF*. v. 3, n. 2, jul. 2015.

FREITAS, L.E. et al..Observatory of Sustainable and Health Territories (OTSS) GIS –Geoinformation for the Sustainability of Traditional Communities in Southeastern Brazil. In: Walter Leal Filho, Ulisses Miranda Azeiteiro, Fatima Alves. (Org.). *Climate change and health*: improving resilience and reducing risks. 1ed.Berlim: Springer International Publishing, 2015a.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido.* 40.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 213 p.

_______. P*edagogia da Autonomia*: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FROEHLICH, J. M.; RAUBER, C. da C.; CARPES, R. H.; TOEBE, M. Êxodo seletivo, masculinização e envelhecimento da população rural na região central do RS. *Ciência Rural*, Santa Maria, v. 41, n. 9, p.1674-1680, set, 2011.

GALLO, E.; SETTI, A. F. F. Desenvolvimento Sustentável e Promoção da Saúde: implantação de agendas territorializadas e produção de autonomia. *Saúde em Debate*, v. 36, p. 55-67, 2012.

GALLO, E. et al.. Territorial Solutions, Governance and Climate Change: Ecological Sanitation at Praia do Sono, Paraty, Rio de Janeiro, Brazil. In: Walter Leal Filho, Ulisses Miranda Azeiteiro,

Fatima Alves. (Org.). *Climate change and health*: improving resilience and reducing risks. Berlim: Springer International Publishing, 2015.

GASPAR, A. et al. Moradores do Jardim Primavera relembram história do bairro. *Matéria da Articulação Popular pela Revitalização da Bacia do São Francisco*. Disponível em: <http://saofranciscovivo.org.br/site/moradores-do-jardim-primavera-relembram-historia-do-bairro/>. Acesso em: 5 out. 2015.

GASPAR, M. C.; COSSA, H. A.; SANTOS, C. R.; MANJATE, R. M.; SCHOEMAKER, J. *Moçambique, Inquérito demográfico e de saúde*, 1997. Calverton, Maryland, USA: Instituto Nacional de Estatística e Macro International Inc.1998. Disponível em: <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR92/FR92.pdf>. Acesso em: 6 set. 2015.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GIL, A. C. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

________. *Métodos e Técnicas da Pesquisa Ação*. São Paulo: Atlas, 2008.

GLIESSMAN, S. R. *Agroecologia*: processos ecológicos em agricultura sustentável. 4. ed. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2009.

GOODMAN, D.; SORJ, B.; WILKINSON, J. *Da lavoura às biotecnologias*. Trad. Carlos Eduardo Baesse de Souza; Carlos Schlottfeldt. Rio de Janeiro: Campus, 1990.

GOMES, M. A. F.; FILIZOLA, H. F.; SPADOTTO, C.A. Classificação das áreas de recarga do sistema Aquífero Guarani no Brasil em domínios pedomorfoagroclimáticos – subsídio aos estudos de avaliação de risco de contaminação das águas subterrâneas. *Revista do Departamento de Geografia*, v.18, p. 67-74, 2006.

GRAZIANO NETO, F. *Questão agrária e ecologia*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

GRANJO, P. Quando o conceito de «risco» se torna perigoso. *Anál.* Social, Lisboa, n. 181, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-25732006000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acessoem: 4 nov. 2014.

HARNLY, M.; McLAUGHLIN, R.; BRADMAN, A.; ANDERSON, M.; GUNIER, R. Correlating agricultural use of organophosphates with outdoor air concentrations: a particular concern for children. *Environmental Health Perspectives*, v. 113, n. 9, p. 1184-1189, 2005.

HART, K.; PIMENTEL, D. Public Health and cost of pesticides. In D. Pimentel (Ed.). *Encyclopedia of Pest Management*, p.677-679. New York: Marcel Dekker. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE MEIO AMBIENTE E DOS RECURSOS NATURAIS RENOVÁVEIS (Ibama). Diretoria de Proteção Ambiental (DIPRO). Diretoria de Licenciamento e Qualidade Ambiental (DILIQ). Gerência Executiva do Ceará (GEREX-CE). Diagnóstico da carcinicultura no Estado do Ceará. Brasília (DF), 2005. v. 1 e 2.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Coordenação de Recursos Naturais e Estudos Ambientais [e] Coordenação de Geografia. *Indicadores de desenvolvimento sustentável*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 352p. (Estudos e pesquisas. Informaçãogeográfica). ISSN 1517-1450.

________. *Cidades. Tauá.*: Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=231330&search=ceara|taua|infograficos:-informacoes-completas>Acesso em 16/11/2015

________. Censo 2010. *Informações estatísticas por município*. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=15&search=para>. Acesso em: 20 set. 2015.

________. *Cidades. Rio Verde*. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292740&search=bahia|salvador>. Acesso em: 19 nov. 2014b.

________. *Estados. Bahia*. Disponívelem: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=go#>. Acesso em: 18 nov. 2014a.

________. Censo 2010. Cidades. Melgaço. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=150450&search=para|melgaco|infograficos:-historico>. Acesso em: 24 out. 2015.

________. Cidades. *Babaçulândia*. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 15 set. 2015.

________. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1992-2012. Rio de Janeiro: Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/default.shtm. Acesso outubro de 2015.

________. *Censo Demográfico 2010*: Sinopse do Censo Demográfico de 2010. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.Acesso em: 13 de nov. 2015.

________. *Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação*. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 13 de nov. 2015.

________. *Censo Demográfico 2010.* Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 ago. 2013.

________. *Pesquisa Nacional de Saneamento Básico*. Brasília: FIBGE, 2002.

________. Censo 2010. Informações estatísticas por município. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=15&search=para>. Acesso em: 20 set. 2015.

________. Cidades. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: Acesso em: 1º set. 2015.

________. Ceará. Aracati 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=230110>. Acesso em: 22 nov. 2011.

________. Censo demográfico 2010. *Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência*. Disponível em: http:// <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 13 ago. 2013.

________. *Documentação do arquivo*. Base de informações do Censo Demográfico 2010: resultados da Sinopse por setor censitário. Rio de Janeiro, 2011. 37 p.

________. *Relatório técnico.* Projeto regiões rurais 2015. Rio de Janeiro. 41 p. 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94413.pdf>. Acesso em: 30 de out. 2015.

_________. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2011*. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/pnad/>. Acesso em: 9 set. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE REFORMA AGRÁRIA- INCRA. Painel dos assentamentos. Disponível em: <http://painel.incra.gov.br/sistemas/index.php >. Acesso em: 11. Out. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA. *Assentadas do Médio São Francisco criam cooperativa de doce e polpa de frutas*. Disponível em: <http://www.incra.gov.br/assentadas-do-medio-sao-francisco-criam-cooperativa-de-doce-e-polpa-de-frutas>. Acesso em: 16 jan. 2015.

INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION. *World Day for Safety and Health at Work*: A Background Paper. Geneva: International Labour Organization; 2005.

INTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Igualdade Racial. *Indicadores* – anexo estatístico da população negra. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/igualdaderacial/index.php?option=com_content&view=article&id=614&Itemid=18 . Acesso em: 10 mar 2014.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO -IPARDES E SOCIAL. *Redefinição dos conceitos de urbano e rural.* 1983. 88 p. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/biblioteca/docs/redefinicao_urbano_rural_12_83.pdfhttp://www.ipardes.gov.br/biblioteca/docs/redefinicao_urbano_rural_12_83.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2015.

JAMESON, R. R.; SEIDLER, F. J; SLOTKIN, T. A. Nonenzymatic functions of acetylcholinesterase splice variants in the developmental neurotoxicity of organophosphates: chlorpyrifos, chlorpyrifosoxon, and diazinon. *Environmental Health Perspectives*. v. 115, n. 1, 2007.

JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. *Cad Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 7-18, 2010.

_________. *Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras*: a experiência de implantação do SIM e do SINASC.Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12 , n. 3, p. 643-654, Jun 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2016.

JORNAL SAÚDE INDÍGENA EM FOCO. *Ação estruturante da saúde indígena apresenta números de atuação*. Brasília, ano 2, número 3, maio 2013.

JORNAL Estação. *Posto de Saúde Rural completa 1º ano*. Ano XIX, N° 602, de 9 a 15 de outubro de 2015.

JUAZEIRO. *Prefeitura Municipal de Juazeiro*. Disponível em: <http://www2.juazeiro.ba.gov.br/sobre-juazeiro>. Acesso em: 1º set. 2015.

JUNIOR, O. A. dos et al. (Org.). *Políticas Públicas e Gestão Local*: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais. Rio de Janeiro: FASE, 2003.

KUMMER, L. *Metodologia participativa no meio rural:* uma visão interdisciplinar. conceitos, ferramentas e vivências. Salvador: GTZ, 2007. 155p.

LEFF, E.*Epistemologia ambiental*. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

LEMES, V. R. R. et al. Avaliação de resíduos de agrotóxicos em arroz e feijão e sua contribuição para prevenção de riscos à saúde da população consumidora. *Rev. Inst Adolfo Lutz*, 2011.

LÉVI-STRAUSS, C. A Ciência do Concreto. In: *O Pensamento Selvagem*. 9. ed. Campinas, SP: Papirus, 2008. p. 15-49.

LIEBER, R. R.O princípio da precaução e a saúde no trabalho. *Saude Soc.*, v.17, n.4, pp. 124-134, 2008.

LIMA JÚNIOR, J. *A vítima como sujeito de direitos*: "a chuva de agrotóxico" em Rio Verde – GO Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos. Goiânia: Faculdade de Direito da UFG; 2015. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=c947c-73def1af5e6>. Acesso em: 11 nov. 2015.

LIMA, N. T.et al (Org). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LIMA, J. P. R.; MIRANDA, E. A. A. Fruticultura Irrigada no Vale do São Francisco: Incorporação Tecnológica, Competitividade e Sustentabilidade. *Revista Econômica do Nordeste*, Fortaleza, v. 32, n. Especial, p. 611-632, 2001.

LIMA, R. C. *Relatório setorial integrante do Projeto "Economia de Pernambuco*: Uma Contribuição para o Futuro". Governo do Estado. Pernambuco: Secretaria de Planejamento, PROMATA, 2006.

LIMA, M. do C. de. Pesca artesanal, carcinicultura e geração de energia eólica na zona costeira do Ceará. *Terra livre*. Ano 24, v. 2, n. 31, p. 203-213. Jul-Dez/2008.

LONDRES, F. *Agrotóxicos no Brasil*: um guia para ação em defesa da vida. Rio de JaneiroAssessoria e Serviços a Projetos em Agricultura Alternativa (AS-PTA): 2011, 190 p.

LOPES, F. S.; RIBEIRO, H. . Mapeamento de internações hospitalares por problemas respiratórios e possíveis associações à exposição humana aos produtos da queima da palha de cana-de-açúcar no Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 9, p. 215-225, 2006.

LUNAS, D. L.; ORTEGA, A. C. A constituição do complexo agroindustrial da soja no sudoeste goiano. In: PEREIRA, S. L.; XAVIER, C. L. (Org.). *O agronegócio nas terras de Goiás*. Uberlândia: Edufu, 2003. pp.139-173.

LUTZENBERGER, J. *Manifesto ecológico brasileiro*: fim do futuro?. Porto Alegre: Ed. Movimento, 1976.

MALASPINA, F. G.; LISE, M. L. Z.; BUENO, P. C. Perfil epidemiológico das intoxicações por agrotóxicos no Brasil, no período de 1995 a 2010. *Cad Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 425-34, 2011.

MARTINS, V. L. A. (Org.). *Sofrimento negligenciado*: doenças do trabalho em marisqueiras e pescadores artesanais.. Salvador: EDUFBA, 2014, p. 93-132.

MARTINS, P. H. Políticas públicas em saúde e os desafios da democratização do bem-estar: repensando a utopia do Sistema único de Saúde no Brasil. In: LACERDA, A.; MACHADO, F.; GUIZARDI, F. (Org.). *Democratização e novas formas de sociabilidade em saúde no contexto latino-americano*. Rio de Janeiro e Recife: Ed. EPSJV e Ed Universitária, 2013. p.101-125.

MARMO, C. R.; SILVA, W. T. L. Saneamento básico rural: tecnologias e soluções. In: *Saúde e Ambiente para as populações do campo, floresta e das águas/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão participativa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, pp. 105-123.

MEDINA, M,G, HARTZ Z.M.A. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cad. Saúde Publica*. 2009; 25(5):1153-67.

MEIRELES A. J. A; QUEIROZ L.S. A monocultura do Camarão: danos socioambientais à base da vida comunitária tradicional no litoral do Nordeste brasileiro. In: ZHOURI, A.; LASCHEFSKI, K. (Orgs.). Desenvolvimento e conflitos ambientais. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010. p. 224-249.

________. Novo Código Florestal: a volta de um furacão chamado carcinicultura? Disponível em: <http://www.portaldomar.org.br/observatorio/portaldomar-bd/categoria/manguezal/novo-codigo-florestal-a-volta-de-um-furacao-chamado-carcinicultura>. Acesso em: 19 jun. 2012.

MEYER, L. F. F.; BRAGA, M. J. Resultados e contradições da política de modernização da agricultura brasileira. In: SANTOS, M. L.; VIEIRA, W. C. (Ed.) *Agricultura na virada do milênio*: velhos e novos desafios. Viçosa (MG): s.n., 2000. p.53-75.

MIRANDA, C.; SILVA, H. *Concepções da ruralidade contemporânea*: as singularidades brasileiras.Org. Brasília: IICA, 2013.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. Saúde e violência na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria*, n. 70, v. 5, p.263-5, 1994a.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*., v. 10, suppl. 1, p. S7-S18, 1994b.

________. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, MCGB.; (orgs). *Saúde, trabalho e formação profissional* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1997.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. *InfEpidemiol Sus*, v. 10, n. 1, p. 49-56, 2001.

MORIN. E. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina, 2005.

________. *A cabeça bem-feita:* repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MOURA, L. T. R.et al. Perfil epidemiológico dos casos de intoxicação por agrotóxicos. *Revenferm UFPE*. v. 8, supl. 1, p.2333-41, jul., 2014.

MOTA, A. *História Política de Tauá*. Editora ABC Fortaleza, 2002.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. *Caderno de Formação em Saúde*. Curitiba: 2007. Texto do Coletivo de Saúde e Gênero do Paraná.

MOVIMENTO DOS ATINGIDOS POR BARRAGENS. Disponível em https://womenonthemarch.

wordpress.com/2010/03/23/brasil-mulheres-atingidas-por-barragens-mudancas-nos-modos-de-vida//. Acesso em: out. 20015.

MURRIETA, J. R., RUEDA, R. P.. *Reservas Extrativistas*. Gland-Cambridge: UICN, 1995.

NASCIMENTO, S. *Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. Serv. Soc. Soc.*, n. 101, p. 95-120, 2010.

NASCIMENTO, J. K. S. PEREIRA, M. A .T. DOS SANTOS, A. C. G. B. As estruturas socioeconômicas e demográficas do Município de Juazeiro-Ba, *EvolvereScientia*, v. 3, n. 1, 2014.

NOGUEIRA, F. N. A. *O processo de trabalho na carcinicultura e a saúde-doença dos trabalhadores do município de Aracati-Ceará*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006, 126 f.

NOGUEIRA, F. N. A.; RIGOTTO, R. M.; TEIXEIRA, A. C. A.; O agronegócio do camarão: processo de trabalho e riscos à saúde dos trabalhadores no município de Aracati/Ceará. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, v. 34, n.119, p.40-50, 2009.

NUNES, E. D. História e paradigmas da Saúde Coletiva: registro de uma experiência de ensino. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2239-2243, Apr. 2011 .

OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS – OBTEIA. Relatório da Agenda do Obteia – Melgaço (PA). Comunidade João Paulo II – Vila do Tonhão/ Junho 2015.

________. *Análise do Contexto de Melgaço (PA)*. Brasília: UnB, 2015.

________. Mapa de vivências: Assentamento 1º de Setembro – Tauá. Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta - Teia de ecologia de saberes e prática. 2015. Disponível em: <http://www.saudecampofloresta.unb.br/mapa/>. Acesso em: 1 out. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ALIMENTAÇÃO E AGRICULTURA.FAO. *Food and agriculture organization of the United Nations. Rural poverty in Brazil.* Disponível em: <www.ruralpovertyportal.org/country/home/tags/brazil>. Acesso em: 22 de set 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. *Manual de Vigilância da Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária. Brasília: OPAS/OMS, 1996.

OLIVEIRA FILHO; S. F. S, et al. Adoção de estratégias para redução de riscos: identificação dos determinantes da diversificação produtiva no Polo Petrolina-Juazeiro. *Rev. Econ. Sociol. Rural*, v. 52, n. 1, Brasília, Jan./Mar.2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20032014000100007>. Acesso em: 1 set. 2015.

OLIVEIRA, L.M.S.R. Experiência extensionista universitária no assentamento de reforma agrária Mandacaru: perspectivas, desafios e aprendizado. *Revista ELO – Diálogos em Extensão*. v.1, n. 1, dezembro. 2012.

OLIVEIRA, M. C. S. D. *O silêncio:* produto e produtor de violência contra as mulheres no Sertão. Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. *Relatório Mundial sobre violência e Saúde*. Genebra: 2002.

ORGANIZAÇÃO RIO PARDO VIVO, 2012. Disponível em: <www.riopardovivo.org/2012/04/impactos-provocados-por-usinas-hidreletricas/>. Acesso em: 14 set. 2015.

PACHECO, C. S. G.; SANTOS, R. R. P. Territórios monocultores e (in) sustentabilidade ambiental: uma discussão sobre os impactos da queima de cana de açúcar no Vale Sanfranciscano. *Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais*, Recife, v. 2, n. 1, 2013.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PALMA, D. C. A. *Agrotóxicos em leite humano de mães residentes em Lucas do Rio Verde – MT*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Cuiabá, MT, 2011.

PARAISO, M.L.S. *Avaliação do impacto à saúde causado pela queima prévia da palha de Cana de açúcar no Estado de São Paulo*. 2014. Tese de Doutorado. Programa de Medicina preventiva, Universidade de São Paulo. 2014.

PASCHOAL, A. D. *Pragas, praguicidas e a crise ambiental*: problemas e soluções. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1979.

PENA, P. G. L.; FREITAS, M. C. S.; CARDIM, A. Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: um estudo de caso em uma comunidade de mariscadeiras em Ilha de Maré, Bahia. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 16, n.8, p. 3383-3392, 2011.

PENA, P. G. L.; MARTINS, V. L. A. Riscos de doenças do trabalho relacionadas às atividades de pesca artesanal e medidas preventivas. In:PENA, P. G. L.;

PESSOA, V. M. *Abordagem do território na constituição da integralidade em saúde ambiental e do trabalhador na atenção primária à saúde em Quixeré*-Ceará. 2010. 296 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

PESSOA, V. M. *Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão: do conhecimento regulação às práticas emancipatórias na estratégia saúde da família*. 2015. 309 p.Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Associação ampla Universidade Estadual do Ceará/Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2015.

PEREIRA, S. L.; ALMEIDA FILHO, N. Alterações estruturais na economia goiana e do sudoeste goiano. In: PEREIRA, S. L.; XAVIER, C. L. (Org.) *O agronegócio nas terras de Goiás*. Uberlândia: Edufu, 2003. pp.9-58.

PEREIRA, M. A. T.; CARMO, R. L. Da agricultura de sequeiro a fruticultura irrigada: condicionantes associados ao dinamismo regional no contexto de Petrolina – PE e Juazeiro– BA. In: XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. *Anais...*: Realizado em Caxambu (MG). Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS – PNAD. *Notas metodológicas*.

Pesquisa básica. 2011. 62 p.

________. *Suplemento de Saúde 2008*. Disponível em: <http://tabnet.Datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pnad2008/pnad.def>. Acesso em: 15 out. 2015.

________. *Suplemento Acesso e Utilização de Serviços de Saúde – 2003/2008*. Disponível em: http://www.sidra.ibge.gov.br/pnad/pnadauss.asp Acesso em: 09 de set. de 2013.

PETERSEN, P.. *Agricultura sustentável*: um desafio político. Disponível em: <http://www.agroecologia.org.br/modules/articles/article.php?id=30>. Acesso em: 15 set. 2007.

PETROLINA. *Prefeitura Municipal de Petrolina. Histórico.* Disponível em: <http://www.petrolina.pe.gov.br/2010/cidade/Petrolina.html>. Acesso em: 17 dez. 2014.

PERES, F.; OLIVEIRA-SILVA, J. J.; DELLA-ROSA, H. V.; LUCCA, S. R. Desafios ao estudo da contaminação humana e ambiental por agrotóxicos. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 10, p. 27-37, 2005.

PIERRO, B. *Regionalização do SUS*: a rede "Peba" Reportagem Brasilianas. Org. 2011. Disponível em:<http://advivo.com.br/materia-artigo/regionalizacao-do-sus-a-rede-peba>. Acesso em: 5 out. 2015.

PIGNATI, W. *Avaliação integrada dos impactos dos agrotóxicos na saúde e ambiente*. UFMT /ISC; Brasília, abril de 2012. Disponível em: <http://www.Contag.org.br/imagens/f1656pignati---ufmt.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2015.

PIGNATI, WA; Machado, JMH; Cabral, J F. Acidente rural ampliado: o caso das "chuvas" de agrotóxicos sobre a cidade de Lucas do Rio Verde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12(1), 2007, p. 105-114.

PIMENTEL, D.; BURGESS, M. IntegratedPest Management. In: Pesticide Problems, V. 3, p. 48-66. (Ed.), Springer. New York: Ithaca. 2014.

PINHEIRO, R. S. et al.. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p.687-707, 2002.

PINTO, M. F. *Aspectos etnobiológicos na comunidade sítio Cumbe às margens do estuário do rio Jaguaribe – Aracati – CE*. 2009. Monografia – Curso de Ciências Biológicas, Departamento de Biologia Centro de Ciências, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009, 162 f.

PLANO MUNICIPAL ÁGUA E ESGOTO- PMAE. *Município de Babaçulândia* – Palmas (TO), 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (BRASIL). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.* 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>. Acesso em: 6 nov. 2015.

________. Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil. Tauá/Ceará Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em: 27 nov. de 2014.

________. Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil. Tauá/Ceará Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em: 27 nov. de 2013.

________. Relatório do Desenvolvimento Humano 2006. Além da escassez: poder, pobreza e a crise mundial da água. http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/relatori-

os-de-desenvolvimento-humano/relatorio-do-desenvolvimento-humano-20006.html.

QUEIROZ, L. S. *Na vida do Cumbe há tanto mangue: as influências dos impactos socioambientais da carcinicultura no modo de vida de uma comunidade costeira*. Dissertação (Mestrado Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Programa Regional de Pós-graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente, Fortaleza, 2007, 121 f.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p, 276-83, 2007.

RAY, D. E.: RICHARDS, P. G. The potential for toxic effects of chronic, low-dose exposure to organophosphates. *ToxicologyLetters*, v. 120, p. 343-351, 2001.

REIS, E. S.; BARROS, E. R. A experiência de uma escola rural no contexto do projeto de desenvolvimento local de Massaroca, semiárido baiano R. bras. *Est.pedag.*, Brasília, v. 87, n. 216, p. 236-248, maio/ago, 2006.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil*: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

RIBEIRO, J. F.; WALTER, B. M. T. Fitofisionomias do bioma Cerrado. In: SANO, S. M.; ALMEIDA, S. P. *Cerrado*: ambiente e flora. Planaltina (GO): Embrapa-CPAC, 1998. p. 89166.

RIGOTTO, R. M; VASCONCELOS, D. P; ROCHA, M. M. Uso de agrotóxicos no Brasil e problemas para a saúde pública. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1-3, jul, 2014.

RIGOTTO, R.M..*Os perímetros irrigados como estratégia geopolítica para o desenvolvimento do semiárido e suas implicações à saúde, ao trabalho e ao ambiente*, Fortaleza (CE), 2013.

RIOJA, L. A. M. et al..*La población rural de España*: de los desequilibrios a la sostenibilidad social. Barcelona: Fundación La Caixa, 2009. (ColecciónEstudiosSociales n. 27). Disponível em: <http://www.laCaixa.es/ObraSocial>. Acesso em: 15 set. 2013.

RIO VERDE. Prefeitura Municipal de Rio Verde. *A Cidade*. Disponível em: <http://www.rioverdegoias.com.br/i.php?si=aci&id=3>. Acesso em: 17 dez. 2014.

ROCHA, C. da. *Projetos de grande escala e seus impactos. Palmas* (TO), 2011.

_________. *O papel na Construção do discurso, territorialização da UHE-Estreito*. UFPA, 2012.

ROCHA, J..*Discutindo sexualidade com as mulheres do projeto de Assentamento Formosa*: saberes e discussões teóricas. Artigo de Conclusão de Curso, do Curso de Pedagogia da Terra, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2011.

ROMEIRO, A. R.; ABRANTES, F. J. Meio ambiente e modernização agrícola. *Revista Brasileira de Geografia*, Rio de Janeiro, ano 43, n.1, p.3-45, jan.-mar. 1981.

RUEGG, E. F. et al.Impactos dos agrotóxicos sobre o ambiente e a saúde. In: MARTINE, G.; GARCIA, R. C. (Org.): *Os impactos sociais da modernização agrícola*. São Paulo: Caetés, 1987. pp.171-206.

SABROZA, P.C.. *Concepções sobre saúde e doença*. Rio de Janeiro, 2007.

SAGE. Sala de Apoio Estratégico. Ministério da Saúde. *Equipes de Saúde da Família*. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 11. Out. 2015.

_______. *A crítica da razão indolente*: contra o desperdício da experiência. 7. ed. São Paulo: Cortez. 2009.

_______. Ao espelho – as relações pessoais com o mundo a que chamamos identidade: ser ou não ser quem imagino que sou nas favelas do Rio de Janeiro. In: SANTOS, B. S. *O direito dos oprimidos:* sociologia crítica do direito. Rio de Janeiro: Almedina, 2014. cap. 2, p.103-399.

SAHLINS, M..*Cultura e razão prática*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

SÁNCHES, L.E. *Avaliação de Impacto Ambiental.* Conceitos e Métodos. 2. ed. Oficina de textos. São Paulo. 2013. 584 p.

SANCHEZ R.M., CICONELLI R.M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260–8.

SANO, E. E.et al. Mapeamento semidetalhado do uso da terra do Bioma Cerrado. Pesquisa Agropecuária Brasileira, v. 43, n. 1, jan. 2008, p.153-156.

SANTOS, E; PINHO, J A.G.; MORAES, L R S.; FISCHER, T. (org.). *O caminho das águas em Salvador*: bacias hidrográficas, bairros e fontes (CIAGS). Salvador: UFBA; SEMA, 2010. 486p.

SANTOS, B. S. *De las dualidades a las ecologías.* Disponível em: <http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/cuaderno%2018.pdf>. Acesso em: 21 out. 2015.

________. Um discurso sobre as ciências. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010a. 92 p. SANTOS, B. S. In: Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia dos saberes. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010, p. 31-83.

________. Uma nova teoria Política Crítica: Reinventar o Estado, a Democracia e os Direitos Humanos: In: SANTOS, B. S. *A gramática do tempo*: para uma nova cultura política. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p.277-315.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO - SES-SP. Informes técnicos Institucionais. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev. Saúde Pública*, n. 42, v. 4, p.768-72, 2008.

SEPPIR. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Programa Brasil Quilombola. *Diagnóstico de Ações Realizadas*. Julho de 2012.

SETTI, A. F. F.; RIBEIRO, H.; GALLO, E.; ALVES, F.; AZEITEIRO, U. M. *Climate Change and Health*: Governance Mechanisms in Traditional Communities of MosaicoBocaina/Brazil. In: Walter Leal Filho, Ulisses Miranda Azeiteiro, Fatima Alves. (Org.). Climate Change and health: improving resilience and reducing risks. Berlim: Springer InternationalPublishing, 2015b.

SCOREL, S. *Reviravolta na saúde*: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 208 p.

SILVA, D. T. A. *Perfil dos trabalhadores rurais com intoxicação exógena no estado de Pernambuco nos anos de 2007 a 2013.* Monografia (Especialização em Saúde Coletiva com foco em Vigilância em Saúde). Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – Imip. Recife, 2015.

SILVA, J. M.; GURGEL, I. G. D.; AUGUSTO, L. G. S. Saúde do trabalhador nos estudos de impactos de refinarias de petróleo. *Cad. Saúde Colet*, v. 21, n. 3, p. 325-331, 2013a.

SILVA, J. M.; SANTOS, M.O.S. GURGEL, I. G. D.; AUGUSTO, L. G. S.; Desenvolvimento sustentável e saúde do trabalhador nos estudos de impacto ambiental de refinarias no Brasil. *Saúde Soc.*, v. 22, n. 3, p.687-700, 2013b.

SILVA, J. G. *A modernização dolorosa*: estrutura agrária, fronteira agrícola e trabalhadores rurais no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

SILVA, R.H.A et al. *Cárie dentária em população ribeirinha do Estado de Rondônia, Região Amazônica, Brasil, 2005/2006.Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(10):2347-2353, out, 2008.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – Sinan. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>. Acesso em: 19 nov. 2015.

SIQUEIRA, L. P.et al. A reprodução social na saúde do trabalhador: o desenvolvimento de políticas na fruticultura irrigada de Petrolina-PE. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 89, p. 281-291, abr./jun. 2011.

SOARES, R. A. S.; MORAES, R. M.; VIANNA, R. P. T.; PESSOA, V. M.; CARNEIRO, F. F. Determinantes socioambientais e saúde: o Brasil rural versus o Brasil urbano. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, v. 9, n. 2, p. 221-235, jun, 2015.

SOROKIN, P.A; ZIMMERMAN, C.C.; GALPIN, C.J. Diferenças fundamentais entre o mundo rural e o urbano. In: Martins, J. S. (Org). *Introdução crítica a sociologia rural*. São Paulo: Hucitec, 1981. pp. 198-224.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. *Sociologias*, n. 16, p. 20-45, 2006

SLOTKIN, T. A.; LEVIN, E. D.; SEIDLER, F. J. Comparative developmental neurotoxicity of organophosphate insecticides: effects on brain development are separable from systemic toxicity. *Environmental Health Perspectives*, v. 114, n. 5, p. 746-751, 2006.

SLOTKIN, T. A.; SEIDLER, F. J. Comparative developmental neurotoxicity of organophosphates in vivo: transcriptional responses of pathways for brain cell development, cell signaling, cytotoxicity and neurotransmitter systems. *Brain Res Bull*, v. 72, n. 4-6, p. 232-274, 2007.

STROPASOLAS, V. L. Trabalho infantil no campo: do problema social ao objeto sociológico. *Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho,* v. 17, n. 27,p.249-286, 2012.

SPU. Secretaria de Patrimônio da União. *Balanço de Gestão 2003-2010.* 26p. 2010. Disponível em: <http://antigo.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spu/documentos_gestao/balan%C3%A7o_de_gestao_SPU_2003-2010.pdf<. Acesso em: 11 out. 2015.

TEIXEIRA, A. C. A. *O trabalho no mangue nas tramas do (des)envolvimento e da des(ilusão) com esse furacão chamado "carcinicultura"*: conflito socioambiental no Cumbe-Aracati-CE. 2008. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008. 319 f.

THEOPHILO, C. F. et al.Agrotóxicos permitidos no cultivo das frutas e verduras mais consumidas pela população brasileira e algumas de suas implicações na saúde. *Revista da Graduação*,

Editora Universitária da PUCRS. Rio Grande do Sul. 2014.

TUBINO, N. O que é rural e o que é urbano no Brasil? *Matéria Brasil de fato.* Publicada em 29/04/2013. Disponível em: <http://www.brasildefato.com.br/node/12787>. Acesso em 21 jul. 2015

TRAVASSO, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: ESCOREL, S. et al..*Políticas e sistema de saúde no Brasil.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. pp. 1011-1036.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS. [Indústria do fumo e do veneno]. Entrevista especial com Sebastião Pinheiro. 2009. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/22928-industria-do-fumo-e-do-veneno-entrevista-especial-com-sebastiao-pinheiro>. Acesso em: 20 jan. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Acidentes de trabalho devido a intoxicação por agrotóxicos entre trabalhadores da agropecuária*. 2000-2007. Centro Colaborador Vigilância dos Acidentes de Trabalho. Boletim Março/2012. 4º Ed, ano II, 2012.

UNICEF. *Violência nas áreas rurais*. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_07.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

UNIVERSIDADE Federal do Pará. *Relatório Analítico do Território do Marajó.* Belém: UFPa, 2012.

VALENCIO, N. F. L. S. *A pesca artesanal como identidade*: mercantilização e dissolução de um modo de vida rural. (GT 27: A pesca em áreas rurais, sustentabilidade sócio, política e ambiental). VII Congresso Latino-Americano de Sociologia Rural, 20-24 de noviembredel 2006. Quito, Ecuador. Associação Latinoamericana de Sociologia Rural. 2006. p. 1-20.

________. *Pescadores do Rio São Francisco*: a produção social da inexistência. São Carlos: RiMa, 2007.

VASCONCELOS, M. M. N. *Avaliação do risco aditivo de efeitos crônicos carcinogênicos e não carcinogênicos decorrentes da exposição simultânea à múltiplas substâncias pela ingestão de resíduos de agrotóxicos em alimentos*. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife, 2014.

VAZQUEZ, P.S. SOUZA, M.S. *Controle social e mobilização pelo direito à saúde das populações do campo e floresta.* Brasília: Contag, 2011. 100 p.

VIANA, A. *Senado aprova seguro-desemprego para catador de caranguejo*. Disponível em: <http://avol.jusbrasil.com.br/politica/8801828/senado-aprova-seguro-desemprego-para-catador-de-caranguejo>. Acesso em: 19 jun. 2012.

VIANA, V. P.; JÚNIOR, V. S. *Estudos Arqueológicos na Área de Intervenção das Usinas de Energia Eólica UEE Bons Ventos 50 MW, UEE Canoa Quebrada 57 MW e UEE ENACEL 31,5 MW, Município de Aracati – Ceará. Etapa I – Prospecção*. v. 1. Diagnóstico. Relatório apresentado ao Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) e a Bons Ventos Geradora de Energia S/A. Fortaleza-CE. Janeiro de 2008.

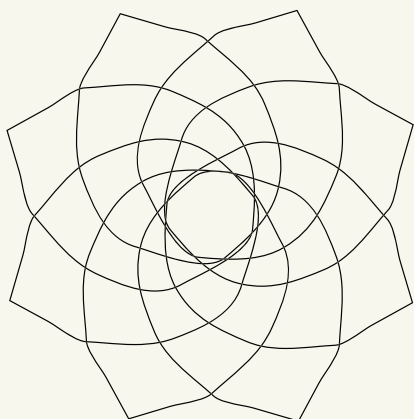
VIANNA, M. L. T. W. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil:* estratégias de bem-estar e políticaspúblicas. Rio de Janeiro: Revan, UCAM,IUPERJ, 1998. 272 p.

VIEIRA, E. M. et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo , v. 12, n. 4, p. 566-577, 2009.

WANDERLEY, B. N. M. A modernização sob o comando da terra; os impasses da agricultura moderna no Brasil. *Idéias*. (Revista do IFCH/UNICAMP), 3, 2, 1996.

__________. Raízes históricas do campesinato brasileiro. In: TEDESCO, JOÃO CARLOS (Org.). *Agricultura familiar*: realidade e perspectivas. Passo Fundo: UPF, 1998.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2012*. Atualização: Homicídio de Mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2012.

WOORTMAN, E. F.; MENACHE, R.; HEREDITA, B. (Org.). *Coletânea sobre estudos rurais e gênero.* Brasília: MDA, IICA, 2006. (NEAD/Especial).

AUTORAS E AUTORES

Alan Freihof Tygel

Engenheiro de computação e comunicador popular, doutor em Informática na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), onde estudou a relação entre dados abertos e movimentos sociais. Cooperado da Educação, Informação e Tecnologias para Autogestão (Eita), participa da Campanha Permanente Contra os Agrotóxicos e Pela Vida.

Aliadne Castorina S. de Sousa

Nutricionista, especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) e em Avaliação em Saúde pela Fiocruz. Atua no âmbito da gestão da política pública de saúde, avaliação em saúde e apoio às gestões municipais e estaduais no contexto da Atenção Básica no Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Aline do Monte Gurgel

Pesquisadora da Fiocruz Ceará. Biomédica sanitarista pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), especialista, mestre e doutora em Saúde Pública (CPqAM/Fiocruz). Experiência em gestão, pesquisa e ensino na área de saúde, trabalho e ambiente, com ênfase nos impactos provocados pela implantação e operação de grandes empreendimentos nos territórios e em riscos decorrentes das exposições químicas a compostos tóxicos.

Amanda Firme Carletto

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e especialista em Saúde da Família e em Gestão da Atenção Básica, ambos pela ENSP, Fiocruz (RJ).

Ângela Maria Bessa Linhares

Graduada em Letras, mestre e doutora em Educação. Professora titular da Universidade Federal do Ceará (UFC), assessora pedagógica da Associação de Corais Infantis Um Canto em Cada Canto. Atua como dramaturga no Grupo Formosura de Teatro e do Vidança Cia. de Dança do Ceará. É docente do Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFC e é membro da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde.

Ana Cássia Ferreira Firmo

Graduação em Ciências da Religião – licenciatura plena pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em 2009. Preceptora de campo em Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde da Família e Comunidade.

Ana Cláudia de Araújo Teixeira

Farmacêutica sanitarista, especialista em Formação Docente na Área de Vigilância da Saúde, mestre em Saúde Pública, doutora em Educação, pós-doutorado em Saúde Coletiva – Produção, Ambiente e Saúde. Pesquisadora em Saúde Pública (área saúde e ambiente) da Fiocruz, com experiência em pesquisa, ensino e cooperação social na área de saúde coletiva, com ênfase no campo das relações Produção, Ambiente e Saúde.

Ana Valéria Machado Mendonça

Professora adjunta IV do Departamento de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília (UnB). Pós-doutora em Comunicação em Saúde, pelo Centre de Recherche sur la Communication et la Santé (ComSanté), da Université du Québec à Montréal (UQAM). Possui doutorado em Ciência da Informação pela UnB, mestrado em Comunicação e Cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), bacharel em Comunicação Social.

André Luiz Dutra Fenner

Possui graduação em Ciência Política pela Universidade de Genebra – Suíça, 1997. Mestrado em Ciência Política pela Universidade de Genebra – Suíça, 2000. Mestrado profissionalizante em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2011. Doutorado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional pela Universidade de Brasília (UnB), 2015.

Antonia Sheila Gomes Lima

História pela União Pioneira de Integração Social, 2003. Especialização em Gestão Ambiental pela Coppe/UFRJ. Atualmente bolsita/pesquisadora na Fiocruz, como coordenadora pedagógica e docente do projeto de Formação de Lideranças para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas.

Antônio da Silva Matos

Bacharel em Saúde Coletiva, técnico em Gestão Empresarial e Pública e pesquisador do Observatório de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (Obteia) – Teia de Saberes e Práticas, vinculado ao Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (UnB)/NESP.

Antonio George Lopes Paulino

Graduado em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Ceará (UFC), licenciatura e bacharelado, 1996. Especialista em Saúde, Trabalho e Meio Ambiente para o Desenvolvimento Sustentável pela UFC, 1999. Mestre em Sociologia pela UFC, 2002. Doutor em Sociologia pela UFC, 2008. Professor adjunto do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Ceará, na área de Antropologia.

Assis Farias Machado

Mestrando em Desenvolvimento Rural pelo Instituto Federal do Pará (IFPA). Especialista em Gestão Escolar pela Faculdade Montenegro da Bahia, 2011. Gestão da Educação Pública pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), 2012. Graduado em Pedagogia pela Universidade Federal do Pará/UFPA (2008). Pedagogo no Instituto Federal do Pará (IFPA) no Campus Breves.

Barbara Lyrio Ursine
Fisioterapeuta e mestre em Saúde Pública pela Universidade de Brasília (UnB), em 2016. Tem experiência na área de saúde, com ênfase na Atenção Primária à Saúde, Saúde do trabalhador e Fisioterapia, atuando principalmente nos seguintes temas: Gestão em Saúde, Educação Permanente e Ergonomia.

Bernardo Amaral Vaz
Pesquisador com interesse em fotografia, cinema e artes visuais, aliado aos movimentos sociais do campo e aos temas de saúde, agroecologia e cultura popular.

Carlos André Moura Arruda
Pedagogo pela Universidade do Vale do Acaraú (UVA). Mestre em Saúde Pública e doutorando em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará (UFC). Atualmente é professor substituto do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e professor adjunto I do Curso de Farmácia da Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (FAECE).

Carmem Dolores Ferreira Gouveia
Graduada em Serviço Social pela Universidade do Tocantins (2010). Colabora como pesquisadora popular do Obteia.

Carolina Pereira Lobato
Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (2004). Especialização em Saúde Coletiva – ênfase em Atenção Básica, Modalidade, Residência, pela Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (2007). Tem experiência no cuidado na Estratégia de Saúde da Família. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina, PR (2010).

Cheila Nataly Galindo Bedor
Biomédica, mestre em Genética e doutora em Saúde Pública. Professora da graduação e docente permanente dos Programas de Pós-Graduação em Recursos Naturais do Semiárido e Ciências da Saúde e Biológicas da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Desenvolve pesquisas em saúde ambiental e do trabalhador.

Cleber Adriano Rodrigues Folgado
Camponês com prática em Agroecologia. Militante do Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA/Cloc) Via Campesina. Membro da Campanha Permanente Contra os Agrotóxicos e Pela Vida. Graduando em Direito pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), (Pronera – Turma Elizabeth Teixeira). Pesquisador do Obteia. Participa da Rede Nacional de Advogados e Advogadas Populares (Renap).

Clovis Vailant
Graduado em Geografia pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), em 1998. É especialista em Turismo e Desenvolvimento Regional pela Universidade do Estado do Mato Grosso (Unemat). Mestre em Geografia pela UFMT. Atuando na coordenação do Projeto Colher Saúde: formação de lideranças para a Gestão Participativa da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas.

Daniele Elias Santos
Possui ensino fundamental, primeiro grau, pelo Colégio Estadual Mário Moura Brasil do Amaral, em 2009. Atualmente é Diretora da Associação de Moradores do Quilombo Campinho da Independência. Tem experiência na área de Ciências Ambientais.

Dirceu Ditmar Klitzke

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB), Especialista em Saúde da Família pela UFPR. Nutricionista. Servidor Público Federal, atuou como Coordenador Geral de Gestão da Atenção Básica, no Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Edel Nazaré de Moraes Tenório

Especialista em Educação do campo Desenvolvimento e Sustentabilidade, formada pela Universidade Federal do Pará (UFPA), 2009, com graduação em Licenciatura Plena em Pedagogia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), 2007, integrante do Geperuaz – Grupo de estudo e pesquisa sobre educação do campo, desenvolvimento e sustentabilidade. Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Educação do Campo; Desenvolvimento e Sustentabilidade.

Edmundo de Almeida Gallo

Médico pela Universidade Federal do Pará (UFPA), em 1984. Especialista em Medicina Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 1986. Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 1991. Doutor em Ciências pela Fiocruz (2009). Foi Secretário Municipal de Saúde de Belém (PA), em 1997-1999. Secretário-Geral e Presidente do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, em 1997-1999, Diretor de Investimentos e Projetos Estratégicos do Ministério da Saúde, em 2002-2005, e pesquisador da Fiocruz.

Eliete Paraguassu da Conceição

Ensino Fundamental, primeiro grau, pela Escola Municipal Nossa Senhora de Fátima, em 2010. Líder comunitária da comunidade de Marisqueiras e Pescadores de Ilha de Maré (BA).

Elizete Borges dos Santos

Ensino Médio completo, antigo segundo grau pelo Instituto Evoluir, em 2002.

Fátima Cristina C. Maia Silva

Psicopedagoga, especialista em gestão compartilhada e valores humanos, experiência na área administrativa, saúde do trabalhador, saúde do campo, da floresta e das águas, educação, com ênfase em Políticas da Promoção de Equidade em Saúde, atua principalmente nas seguintes temáticas: populações em situação de vulnerabilidade; saúde no campo, na floresta e nas águas; saúde da população em situação de rua e povos; e comunidades tradicionais.

Fernando Ferreira Carneiro

Biólogo, mestre em Saúde Ambiental (INSP-México), doutor em Epidemiologia (UFMG) e pós-doutor em Sociologia (CES-Coimbra). Pesquisador da Fiocruz Ceará e colaborador do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (UnB). Participa do GT de Saúde e Ambiente da Abrasco e coordena o Observatório da Política de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas – Teia de Saberes e Práticas.

Gisella Garritano de Deus

Pedagoga da Universidade de Brasília (UnB), especialista em gestão governamental e políticas públicas. Experiência profissional de implementação de políticas públicas de saúde das populações do campo, da floresta e das águas. Analista técnica de política social do Ministério da Saúde.

Gislei Siqueira Knierim
Graduação em Psicologia pela Universidade da Região da Campanha, em 1995, e graduação em Licenciatura em Pedagogia pela Associação Santanense de Pró Ensino Superior, 1988. Atualmente é consultora da Associação Nacional de Cooperação Agrícola, Mestre em Saúde Pública na ENSP-Fiocruz em Trabalho, Saúde Ambiente e Movimentos Sociais e professora do Instituto de Educação Josué de Castro.

Gustavo Augusto G. de Moura
Mestrado em Antropologia pela Universidade de Brasília, 2011, e doutorado em Antropologia pela UnB, 2013.

Idiana Rita Luvison
Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialista em Saúde Bucal Coletiva pela UFGRS, funcionária do Grupo Hospitalar Conceição, atua no Serviço de Saúde Comunitária, serviço modelo em Atenção Primária, há 26 anos. Participou da elaboração da Política Nacional de Saúde Bucal.

Ilano Almeida Barreto e Silva
Graduação em Fisioterapia pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (2010), residente em Saúde da Família pela Sesab, 2013, e especialização em Atenção Básica e Educação em Saúde Coletiva, UFRGS, 2013. Atualmente é Apoiador Institucional da Atenção Básica no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS).

Isabela Maria Lisboa Blumm
Bacharel em Sociologia e licenciada em Ciências Sociais pela Universidade de Brasília. Ex-empregada pública da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Atualmente, é analista técnica de Políticas Sociais do Ministério da Saúde, na secretaria especial de saúde indígena, na Assessoria de Apoio ao Controle Social.

Izabela Almeida de Souza
Técnica agrícola com habilitação em Zootecnia pela Escola Agrotécnica Federal Senhor do Bonfim, 2009, atualmente é graduanda em Engenharia Agronômica pela Universidade do Estado da Bahia. Tem experiência na área de Agronomia, com ênfase em Extensão Rural, Agroecologia e ovinocaprinocultura.

Jorge Mesquita Huet Machado
Graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1982, mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, 1991, e doutorado em Saúde Pública pela Fiocruz (1996). Tecnologista da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde do trabalhador, segurança química, acidente de trabalho e ambiente e saúde.

José Carlos de Almeida
Graduado em Geografia pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), campus de Presidente Prudente pelo convênio Incra/Pronera/Unesp e Escola Nacional Florestan Fernandes.

José Wilson Souza Gonçalves
É filho de agricultores(as) familiares e nasceu em Independência, no sertão dos Inhamuns, Ceará. Foi presidente do Sindicato de Independência, coordenador

regional da Fetraece em Crateús (CE), diretor da Fetraece, coordenador regional da Contag no Nordeste e atualmente é diretor da Contag, cumprindo até 2017 o mandato de Secretário de Políticas Sociais.

Juarez Martins Rodrigues

Graduado em Licenciatura em Ciências Agrícolas pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Especialista em Ecoturismo, mestrando em Educação Agrícola, é professor do Centro Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano-campus de Rio Verde.

Judite da Rocha

Licenciatura em pedagogia pela Universidade Federal de Goiás (2011) e mestre em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais pela ENSP-Fiocruz (2016). Especialista em Energia e Sociedade no Capitalismo Contemporâneo, promovido pelo IPPUR/UFRJ. Atualmente é militante e articuladora do Movimento dos Atingidos por Barragens e monitora da Associação Nacional dos Atingidos por Barragens.

Juliana Acosta Santorum

Formada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), no ano de 2008. Concluiu o mestrado em enfermagem na FURG, na linha de pesquisa Ética, Educação e Saúde, no ano de 2010, e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em agosto/2012. Faz parte da assessoria da Contag.

Kátia Maria Barreto Souto

Jornalista, Especialista em Educação em Saúde e Mestre em Sociologia pela Universidade de Brasília, Servidora Federal/ Tecnologista/Gestão Pública, Ex-Diretora de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, Ex-Coordenadora do Grupo da Terra/MS, Ex-Conselheira Nacional do Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural e Sustentável – Condraf e Ex-Conselheira Nacional de Saúde (CNS).

Larissa Aparecida Delfante

Assistente Social formada pela Universidade Católica de Brasília (UCB). Estudante da disciplina de Políticas Públicas e Intersetorialidade do Curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde, da Escola Fiocruz de Governo (EFG). Trabalhou como Assistente Técnica na Secretaria de Políticas Sociais da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag).

Lia Giraldo da Silva Augusto

Graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo, 1974, mestrado em Clínica Médica pela Universidade Estadual de Campinas, 1991, e doutorado em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas, 1995. Especialista em: pediatria, saúde pública, medicina do trabalho, epidemiologia e psicanálise. Professora adjunta da Universidade de Pernambuco e pesquisadora titular aposentada da Fiocruz.

Luiza Munda Rodrigues

Possui Ensino Fundamental, primeiro grau, pela Escola de Ensino Fundamental Francisco Ferreira de Sousa, 2002. Diretora do Sindicato de Trabalhadores Rurais de Tauá e da Associação do Assentamento Rural 1 de setembro. Tem experiência na área de Agronomia, com ênfase em Extensão Rural.

Luiza Ferreira Rezende de Medeiros

Doutora em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações pela Universidade de

Brasília. Professora efetiva do Instituto Federal Goiano, campus Rio Verde. Membro do GT – Anpepp Trabalho e Saúde, integrante dos Grupos de Pesquisa Agronegócio – IF Goiano, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gestão e Saúde do Trabalhador – UFG e ECOS (UnB). Desenvolve pesquisas ligadas às áreas de Ergonomia e Trabalho e Gestão na Agricultura Familiar.

Maria do Socorro de Souza

Mestre em Política Social pela Universidade de Brasília, graduada em Filosofia e habilitação em História pela Universidade Católica de Pernambuco. É pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz - Diretoria Regional de Brasília, lotada na coordenação de programas e projetos, área de promoção à saúde e vigilância ambiental e saúde do trabalhador. Docente da Escola Fiocruz de Governo. Em 2013, foi eleita presidenta do Conselho Nacional de Saúde.

Maria dos Anjos Nunes da Silva

Técnica em Meio Ambiente pela Fundação Oswaldo Cruz, 2014, com experiência na área de Saúde Coletiva. É militante do Movimento dos Atingidos por Barragens.

Mariana Carvalho Carminati

Colaboradora técnica do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde. Mestre em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP).

Mariane Emanuelle da S. Lucena

Graduação em Ciências Sociais pela UFT. Participa do grupo de estudos e pesquisa Gepe Cultura política na América Latina. Desenvolveu o trabalho de TCC com temática Movimentos Sociais: Entre textos e contextos. Pesquisadora acadêmica do Obteia/UnB.

Mauro Toledo Silva Rodrigues

Graduado em Ciências Sociais com ênfase em Antropologia pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), tem experiência com conflitos ambientais que envolvem grandes empreendimentos e comunidades tradicionais, assim como trabalhos desenvolvidos com as temáticas de direitos de povos e comunidades tradicionais. Possui atuações e vivências com os povos do semiárido Norte mineiro.

Monaliza Melo Brandão Assis

Graduada em Oceanografia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Experiência em atividades de conscientização ambiental e de popularização da ciência. Atualmente trabalhando na associação de moradores de Pedras Azuis, uma comunidade rural no município de Paraty.

Mônica Cruz Kafer

Mestranda em Administração Pública pela UnB, possui graduação em Pedagogia pela Universidade Católica do Salvador, 2004, e especialização em Gestão da Atenção Básica pela UFRGS, 2015. Tem experiências de dez anos em Gestão Educacional e de Recursos Humanos. Analista Técnica de Políticas Sociais do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Noelia da Silva Vieira

Militante do Movimento de Luta pela Terra de Sergipe (MLT).

Noemi Margarida Krefta

Curso de curta duração em Seminário Internacional de Solidariedade pela Missão Central dos Franciscanos, Alemanha, 2003. Camponesa, militante do Movimento de

Mulheres Camponesas-MMC/SC. Formação Técnica em Políticas Públicas de Saúde das Populações do Campo- Fiocruz. Integrante do Grupo da Terra Ministério da Saúde e Obteia.

Rackynelly Alves S. Soares

Graduação em Tecnologia em Geoprocessamento pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, 2008. Mestre e doutoranda em Modelos de Decisão e Saúde (UFPB). Atualmente trabalha na Universidade Federal da Paraíba, no Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva. Integrante do grupo de pesquisa do Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.

Raquel Maria Rigotto

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais, 1979, especialista em Medicina do Trabalho pela Fundacentro, 1980, mestre em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais, 1992, e doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará, 2004. Atualmente é professora Titular do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Rejane Cleide Medeiros de Almeida

Graduação em Pedagogia pela UFPA, 2003, e graduação em História pela UFPE, 1993. Doutoranda em Sociologia pela UFG, mestre em Educação pela Universidade Federal de Goiás, 2009, com estudos na área de: Movimentos sociais e Questões agrárias, Territórios, Agroecologia, Assentamentos rurais, Educação do campo, Juventude rural e Trabalho. Docente do curso de educação do Campo da UFT.

Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

Doutor em Saúde Coletiva, epidemiologia, pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em 2002, com formação básica em Engenharia de Alimentos, Unicamp, 1993, e mestrado em Engenharia Agrícola, Unicamp, 1997. Pós-doutorado em Saúde Pública realizado na Universidade de Yale (2012).

Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas

Pesquisador em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Ceará) na área de Saúde da Família e Comunidade. Vice-coordenador e docente permanente do curso de mestrado profissional em Saúde da Família/Renasf/Fiocruz. Graduação em Enfermagem, 2007, mestrado em Enfermagem na Promoção da Saúde (2010) e doutorado em Enfermagem na Promoção da Saúde, 2013, pela Universidade Federal do Ceará.

Ronei Marcos de Moraes

Graduação em Estatística pela Unicamp, 1988, mestrado em Engenharia Elétrica pela Universidade Federal da Paraíba, 1992, doutorado em Computação Aplicada pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, 1998 e pós-doutorado na Engenharia Elétrica da Escola Politécnica da USP, 2001, e no Institut de Recherche en Informatique (IRIT) da Universidade de Toulouse III – Paul Sabatier, em Toulouse, França, 2013.

Rosana Kirsch

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2004 e mestre em Sociologia pela UnB, 2007. Trabalha na Cooperativa de Trabalho Educação, Informação e Tecnologia para Autogestão (Eita), participa do Fórum de Economia Solidária e do Grupo de Pesquisa Associativismo, Contestação e Engajamento (UFRGS). Atua em processos formativos e de assessoria técnica economia solidária e foi educadora em escolas públicas.

Samantha Rezende Mendes

Graduação em Ciências Econômicas pela UFU, 2011, e mestrado em economia pela UFU, 2013. Pesquisa nas áreas de economia rural e do desenvolvimento, tendo como temas a agricultura familiar e as mudanças no mercado de trabalho rural e a pluriatividade das famílias rurais, as políticas públicas e a pobreza rural. Professora no Instituto Federal Goiano de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano – Campus Rio Verde

Thaís Mara Dias Gomes

Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Adventista de Fisioterapia (FAFIS), 2006. Especialista em Metodologia e Didática do Ensino Superior, 2009, pós-graduanda em Osteopatia pela Escuela de Osteopatia de Madrid. Especialista em Saúde e Segurança do Trabalhador. Mestre em Saúde Ambiente e Trabalho pela UFBA, 2012. Perita Judicial do Trabalho pelo Instituto Brasileiro de Fisioterapia Aplicada (Ibrafa).

Vanira Matos Pessoa

Enfermeira, especialista em Educação Comunitária em Saúde e Residência em Saúde da Família, mestre em Saúde Pública e doutora em Saúde Coletiva. Pesquisadora em Saúde Pública da Fiocruz e dos grupos de pesquisa do CNPq Saúde da Família e Observatório da Política de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas – Teia de Saberes e Práticas.

Vicente Eduardo Soares de Almeida

Engenheiro agrônomo, mestre em Planejamento e Gestão Ambiental. Trabalha como pesquisador em impactos ambientais na Embrapa Hortaliças (Gama-DF), militante social e da agroecologia.

Vinícius Oliveira de Moura Pereira

Graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais, especialização em Gestão da Clínica na Atenção Primária à Saúde, pelo Senac/MG, e mestrado em Saúde Pública com ênfase em Políticas de Saúde e Planejamento, pela Faculdade de Medicina da UFMG. Atualmente é servidor do Ministério da Saúde, com lotação na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Virgínia da Silva Corrêa

Pós-graduada em Política e Representação Parlamentar pelo Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados, 2010, e em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente é técnica no Ministério da Saúde. Tem experiência na área de Ciência Política, com ênfase em Políticas Públicas.

REVISORES ACADÊMICOS

Alexandre Pessoa Dias
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

Alice Maria C. Pequeno Marinho
Escola de Saúde Pública do Ceará

Aline do Monte Gurgel
Fundação Oswaldo Cruz – Ceará

André Campos Búrigo
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

Antonio Carlile Holanda Lavor
Fundação Oswaldo Cruz – Ceará

Assis Farias Machado
Instituto Federal do Pará – Campus Breves

Carlos André Moura Arruda
Universidade Estadual do Ceará e Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará

Cheila Nataly Galindo Bedor
Universidade Federal do Vale do São Francisco

Heleno Corrêa Filho
Departamento de Saúde Coletiva/Faculdade de Saúde / Universidade de Brasília

José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana
Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde e a Assessoria de Relações Internacionais/Fundação Oswaldo Cruz – Diretoria Regional de Brasília

Kátia Maria Barreto Souto
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde

Marcelo Firpo de Souza Porto
Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz

Maria do Socorro Souza
Fundação Oswaldo Cruz – Diretoria Regional de Brasília

Monaliza Melo Brandão Assis
Associação de Moradores de Pedras Azuis

Rackynelly Alves Sarmento Soares
Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva/Universidade Federal da Paraíba

Vicente Eduardo Soares de Almeida
Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária

Vinícius Oliveira de Moura Pereira
Departamento de Apoio à Gestão Participativa/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde

Virgínia da Silva Corrêa
Departamento de Apoio à Gestão Participativa/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde

REVISORES POPULARES

Bernardo Amaral Vaz
Aicó Culturas

Edel Nazaré Santiago de Moraes
Conselho Nacional das Populações Extrativistas do Brasil

Elvio Aparecido Motta
Federação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar

João Luís Joventino do Nascimento
Quilombo do Cumbe: Associação Quilombola do Cumbe/Aracati (CE)

Judite da Rocha
Movimentos dos Atingidos por Barragens

Juliana Acosta Santorum
Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais, Agricultores e Agricultoras Familiares

José Ricardo de Oliveira Cassundé
Associação de Cooperação Agrícola do Estado do Ceará

Maria da Paz Feitosa de Sousa
Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

Maria de Lourdes Vicente da Silva
Centro de Formação, Capacitação e Pesquisa Frei Humberto/Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

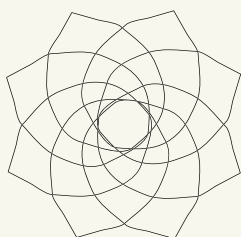
Maria dos Anjos Nunes da Silva
Movimento dos Atingidos por Barragens

Mercedes Queiroz Zuliani
Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – Coletivo de Saúde

Noemi Margarida Krefta
Movimento de Mulheres Camponesas

Soraya Vanini Tupinambá
Instituto Terramar

Rede de Observatórios das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde para o SUS

Coordenadora : Profa. Dra. Ana Valéria Mendonça – NESP/CEAM/UnB

Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e das Águas (Obteia)

Coordenador : Fernando Ferreira Carneiro – Fiocruz Ceará e NESP/UnB

Articulação : Fátima Cristina Cunha Maia Silva – Dagep/SGEP/MS
Gisella Garritano de Deus – Dagep/SGEP/MS
Isabela Maria Lisboa Blumm - Dagep/SGEP/MS
Vinícius Oliveira de Moura Pereira – Dagep/SGEP/MS

Acompanhamento : Guilherme Franco Netto – Fiocruz

Representantes do Grupo da Terra : Noemi Margarida Krefta – MMC
Judite da Rocha – MAB

Equipe Executiva do OBTEIA

UNB/NESP : Ana Cássia Firmino
Antônio da Silva Matos
Carlos André Moura Arruda
Claudia Pedrosa
Rackynelly Alves Sarmento Soares
Rhaiza Oliveira Lima
Cleber Adriano Folgado

Fiocruz - CE : Ana Cláudia de Araújo Teixeira
Vanira Matos Pessoa

Cooperativa EITA : Alan Freihof Tygel
Bernardo Vaz
Rosana Kirsch

às discussões, as ameaças à vida e o que promove a vida. Os sujeitos dessa história apresentam um Brasil em diversidade, heterogeneidade, o que dá ao leitor uma vasta e ampliada dimensão do que é o rural brasileiro. O sentido de ter uma *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas* é apontado como perspectiva de garantia de um direito à saúde, ainda negado, um direito a viver num lugar, dito, por muitos, remoto, distante, de difícil acesso. Um local de gente que vive, convive e sobrevive por séculos no seio da natureza.

Este livro é uma reunião de processos territoriais distintos, inovadores, abertos, que se expõem à crítica, ao conhecimento de leitores, de estudiosos, de pesquisadores, de profissionais de saúde, demarcando que há um Brasil, dito remoto para muitos, o qual ainda não tem suas necessidades de saúde atendidas pelas políticas públicas. Mas são populações que têm sua história, sua identidade e seu modo de partilhar experiências, conhecimentos, vivências e continuar na luta por saúde e qualidade de vida sem negar o seu lugar, mas em sintonia e harmonia com o ambiente em que vivem.

Ana Valéria Machado Mendonça
Diretora do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UnB (Nesp/UnB)

Realização

Apoio

Ministério da Saúde

Governo Federal

Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos.
E é como sujeito e somente enquanto sujeito, que o homem pode realmente conhecer.
PAULO FREIRE

ISBN 978-85-230-1204-5
9 788523 012045